La santé en Ontario : vers une orientation commune

Rapport
du Groupe
d'étude
sur le système
de santé
de l'Ontario

Juin 1987

Membres :

John R. Evans, M.D. (président)

Mathilde F. Bazinet, R.N., M.Ed.
Alexander Macpherson, M.D., M.Sc.
Murray McAdam, M.D.
Sister Winnifred McLoughlin
Dorothy Pringle, R.N., Ph.D.
Rose Rubino
Hugh E. Scully, M.D.
Greg L. Stoddart, Ph.D.
W. Vickery Stoughton

L'honorable David Peterson
Premier ministre de l'Ontario
Queen's Park
Toronto (Ontario)

Monsieur le Premier ministre,

Au terme de son mandat, le Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario a le plaisir de soumettre son rapport d'étude, tel qu'énoncé dans le Décret en conseil du 6 novembre 1986 (Annexe I) décrivant ses attributions.

Le Groupe a interprété son mandat en vous fournissant son «meilleur jugement» sur l'orientation générale de la santé en Ontario et en relevant certaines questions particulières qui méritent un examen plus approfondi afin de renforcer, d'améliorer et de diriger l'évolution de la santé et des soins de santé dans la Province de l'Ontario. Nos conseils s'appuient sur le discernement et l'expérience collectifs des membres du Groupe qui reflètent les intérêts des professionnels, spécialistes et clients, ainsi que la diversité géographique de l'Ontario. Notre perspective a été enchérie par un vaste spectre de conseils reçus sous forme de soumissions écrites de personnes et d'organismes à travers la Province, par des présentations de fonctionnaires supérieurs de tous les secteurs du gouvernement de l'Ontario et par des études de l'information actuelle.

Le Groupe a défini son objectif comme étant de relever trois questions prioritaires. Ces questions sont traitées au sein d'un cadre de valeurs qui selon nous devrait intervenir tant sur le plan de la santé des Ontariens que dans les travaux de développement de notre système de santé. Ces valeurs ont également fourni un point de repère pour évaluer «l'état de santé» actuelle du système.

Comme suite à nos questions prioritaires, nous avons relevé une gamme d'idées et d'opinions qui méritent une étude plus approfondie, sous réserve de l'acceptation de ces questions par le Gouvernement en tant que priorités à toutes fins de délibération et d'action complémentaires.

Reconnaissant le niveau élevé de qualité de la santé et des soins de santé dans la Province, le Groupe a conclu qu'il était préférable de bâtir à partir des forces actuelles plutôt que de tenter de restructurer le système.

En dernière analyse, nous pensons que le processus visant à apporter un changement est plus important que les différences qui interviennent au niveau des lignes de conduites recommandées. À cette fin, nous avons recommandé un mécanisme qui selon nous s'avère essentiel pour obtenir un engagement afin de mettre en œuvre les orientations que nous avons proposées. Nous pensons qu'une participation conjointe permanente des particuliers et des fournisseurs de soins de santé avec le gouvernement est essentielle pour répondre à ces questions et aux solutions proposées. Une participation active nous aidera, non seulement à conserver les réalisations actuelles, mais aussi à répondre véritablement et efficacement aux défis futurs sur le plan de la promotion de la santé des Ontariens et de la prestation de soins de santé de la plus haute qualité qui soit.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Premier ministre, l'expression de notre très haute considération.

John R. Evans, M.D., Chairman

Mathilde F. Bazinet, R.N., M.Ed.

A.S. Macpherson, M.D., M.Sc.

Murray McAdam, M.D.

Sister Winnifred McLoughlin

Dorothy Pringle, R.N., Ph.D.

Rose Rubino

Hugh E. Scully, M.D.

Greg Stoddart, Ph.D.

W. Vickery Stoughton

Juin 1987
Toronto (Ontario)

LA SANTÉ EN ONTARIO : VERS UNE ORIENTATION COMMUNE
RAPPORT DU GROUPE D'ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO
SYNTHÈSE

PRÉAMBULE

Le Premier ministre de l'Ontario a nommé le Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario en novembre 1986 aux fins d'examen de l'état de santé des Ontariens et du système de soins en Ontario. Les membres du Groupe comprenait des représentants des diverses régions de l'Ontario, fournisseurs de soins de la santé, organismes de consommateurs et chercheurs.

UN CADRE DE TRAVAIL POUR LA SANTÉ ET LES SOINS

Le Groupe procède à un examen de l'état de santé des Ontariens et du système de soins de santé au sein d'un contexte conceptuel de grande envergure de la santé qui va au-delà de celui des maladies et des affections. Nous avons aussi relevé sept valeurs, à savoir l'équité, la qualité, l'intégralité, le choix informé, la responsabilité, l'équilibre coûts/avantages et l'engagement vers l'avenir, qui interviennent en tant qu'étalons aux fins d'évaluation de la santé et des soins et pour nous orienter vers les questions qui exigent une solution.

ÉVALUATION D'ENSEMBLE

En nous basant sur une étude de l'information disponible, sur 235 soumissions, sur des présentations de personnes invitées et sur des rapports de comités analogues échelonnés sur les quinze dernières années, nous en sommes arrivés à la conclusion que les Ontariens jouissent d'un haut niveau de santé. L'Ontario a également élaboré un bon système de santé qui est relativement équilibré au niveau des coûts comparativement à celui des autres provinces canadiennes ou autres pays. Toutefois de fortes pressions incitant au changement existent, engendrées par les attentes croissantes émanant du public en matière de soins, par des contraintes sur les ressources publiques et la frustation des fournisseurs de soins pris entre deux feux.

On constate une uniformité et une répétition remarquables dans les résultats et les recommandations aux fins d'améliorations dans toute l'information que nous avons passée en revue. Les soumissions actuelles et les rapports précédents soulignent le besoin d'accorder une importance plus grande aux soins primaires, afin d'intégrer et de coordonner les services, si

l'on veut réaliser une transposition au niveau communautaire sur le plan de la santé et souligner davantage la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le Groupe constate avec inquiétude que les recommandations bien fondées émanant de groupes crédibles depuis une quinzaine d'années ont rarement été mises en pratique.

TROIS QUESTIONS IMPORTANTES

Une liste de questions éventuelles aurait pu être choisie aux fins d'examen pour rapprocher la santé des Ontariens et le système de soins au concept idéal tel que stipulé dans l'ensemble des valeurs du Groupe. Toutefois, le Groupe s'attache à choisir trois questions d'ordre général qui selon lui sont susceptibles de fournir une orientation globale pour la santé en Ontario et un contexte dans lequel il est possible d'aborder des problèmes plus particuliers.

RENFORCER LE RÔLE DU PARTICULIER

L'Ontario n'a pas encore réalisé un équilibre convenable entre les apports du particulier à la bonne santé et aux bons soins et les apports émanant des fournisseurs de soins et des gouvernements. Nous ne blâmons pas la victime de maladie ou de malchance ou nous n'essayons pas de dissuader les gens à utiliser les services de santé dont ils ont besoin. Nous essayons plutôt de mettre à jour des idées concrètes visant à réaliser une association entre l'Ontarien et le système de santé.

Toute une gamme de mesures possibles sont proposées pour appuyer des choix sains sur le plan de la santé et pour encourager des choix informés chez les particuliers.

Un défi à la fois délicat et important met en lumière les possibilités d'assurer un usage convenable du système par l'entremise d'incitatifs aux patients et aux fournisseurs afin d'équilibrer les droits avec les responsabilités qui s'y rattachent. Nous ne nous sommes pas entendus sur de nouvelles mesures financières visant à accroître la responsabilité du patient à utiliser convenablement les services, dû à un manque d'informations suffisantes portant sur l'existence de l'abus évident du système par les patients et au manque d'unanimité en ce qui concerne les mesures recommandées. Dans l'absence d'incitatifs pour les patients, le fournisseur individuel est confronté à la fois par une responsabilité envers le patient de dispenser des soins de qualité élevée et une responsabilité envers le système de contrôler les coûts, C'est en reconnaissant les droits des fournisseurs de soins que l'on a discuté de ce rôle compliqué.

ÉTABLIR UNE LIAISON ENTRE LES ÉLÉMENTS PROPRES À LA PRESTATION DES SOINS ET ACCROÎTRE L'IMPORTANCE ACCORDÉE AUX SOINS AMBULATOIRES ET COMMUNAUTAIRES

Tous efforts visant à ralentir la croissance des budgets de santé seront en vain, à moins que de nouveaux incitatifs de financement et de nouvelles dispositions d'organisation soient établies pour rendre l'utilisation des ressources actuelles plus efficaces. Les nouvelles lignes de conduite devraient améliorer les liens entre les divers échelons des services de santé et des services sociaux connexes, tout en accordant une importance accrue aux besoins dans les cadres ambulatoires et communautaires. Les lignes de conduite en matière de financement et les dispositions d'organisation sont choisies en gardant à l'esprit qu'il faut accorder une plus grande importance à la promotion de la santé et la prévention des maladies, pour offrir un choix en matière de prestation des soins tant au particulier qu'aux fournisseurs de soins et pour utiliser les possibilités quant à l'innovation à la fois au sein du système actuel et sur le plan de nouvelles dispositions de financement et de prestation.

La première ligne de conduite engage la création d'incitatifs de financement sous le système actuel de remboursement par l'OHIP des professionnels de soins et en vertu de budgets globaux pour les hôpitaux. La ligne de conduite sur le plan de financement s'attache aussi aux paiements calculés sur une base individuelle en tant qu'une autre option qui s'ajoute à la rémunération par l'acte et aux budgets globaux. Les paiements précités fournissent un barème fixe au professionnel pour chaque patient sur une certaine période quelle que soit l'envergure des services de santé dont le patient a besoin.

La deuxième ligne de conduite comprend des mesures d'organisation aux fins de liaison des diverses catégories de services de santé entre elles et avec les services sociaux connexes, à la fois au sein du système actuel et en vertu d'autres mécanismes de prestation.
Nous insistons sur le fait que nombre de ces concepts ne sont pas nouveaux, mais qu'ils ont été compris ou mis en œuvre auparavant sur une grande échelle.

RÉALISER UNE STRATÉGIE DE LA SANTÉ EN ONTARIO

Vu les vastes ressources publiques et privées consacrées à la santé et aux soins de santé (14,5 milliards de dollars en 1985) et la haute priorité que les Ontariens donnent à la santé, le manque permanent d'une stratégie mutuellement acceptée constitue la question des plus urgentes qui exige une solution immédiate. Sans une stratégie qui engage, dans une large mesure

et au plus haut échelon, le gouvernement, il est peu probable que les politiques des divers ministères touchant la santé reçoivent une attention suffisante ou que les décisions difficiles quant au changement de priorités en matière de soins bénéficieront de l'engagement politique nécessaire à leur mise en œuvre. Simultanément, la réussite de la mise en œuvre dépendra de la collaboration des autres à l'extérieur du gouvernement, à savoir les particuliers, les collectivités et les fournisseurs de soins de santé.

Après avoir procédé à un examen des mécanismes disponibles pour développer la stratégie, nous sommes portés à la conclusion qu'un nouveau mécanisme est requis avec des attributions plus vastes et une participation conjointe des groupes principaux, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du gouvernement. Par conséquent, nous recommandons l'établissement d'un Conseil sur la stratégie de santé du Premier ministre, présidé par le Premier ministre de l'Ontario ou son mandataire. Le Conseil du Premier ministre devrait se composer de 15 à 18 membres avec une représentation approximativement égale des trois groupes ayant la plus grande influence sur le plan de la prise de décision en matière de santé et de soins : les ministres du Cabinet provincial, les fournisseurs de soins et des particuliers résidant en Ontario. Le Conseil du Premier ministre devrait devenir une plateforme pour énoncer clairement les priorités, pour régler les conflits et formuler de nouvelles initiatives en matière de politiques.

Le Conseil du Premier ministre devrait bénéficier du soutien d'un système d'information valide et fiable de personnes ressources au niveau du personnel qui sont responsables envers le bureau du Cabinet et des stratégies locales mises sur pied par des Conseils régionaux de santé et des Commissions locales de santé bénéficiant d'un soutien accru.

PREMIÈRE MESURE ESSENTIELLE

Le Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario fut mandaté d'indiquer un processus en vue d'une étape subséquente d'examen en profondeur des options de mises en œuvre des orientations générales portées à l'attention du gouvernement dans le cadre de la première phase du processus de révision. Nous recommandons vivement que le Conseil du Premier ministre sur la stratégie de santé soit établi dans les plus brefs délais, afin de veiller à ce que la prochaine étape soit dirigée par le gouvernement en association avec les fournisseurs de soins et les Ontariens sur le plan individuel.

GROUPE D'ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

TABLE DES MATIÈRES

		Page
Lettre d'accompagnement		
Synthèse		i
I -	**UN CADRE DE TRAVAIL POUR LA SANTÉ ET LES SOINS DE SANTÉ**	1
	Mandat	1
	Définitions précédentes	1
	Notre définition	2
	Portée	2
	Les valeurs fondamentales applicables à la santé	2
	Implications	4
II -	**VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ ET DES SOINS EN ENTARIO**	5
	L'état de santé en Ontario	5
	Le système de santé	6
	Pressions incitant au changement	17
	Synthèse des rapports précédents et conseils promulgués au Groupe	20
	Thèmes qui reviennent dans le cadre des rapports et des autres conseils promulgués	25
	Notre meilleur jugement en ce qui a trait à l'état de santé des Ontariens et à la qualité du système de santé	25
	Conclusions d'ordre général	32
III -	**TROIS QUESTIONS PRINCIPALES**	33
	Renforcer le rôle du particulier sur le plan de la santé et des soins	33
	Établir une liaison entre les éléments propres à la prestation des soins et accorder une importance accrue aux soins ambulatoires et communautaires	34
	Réaliser une stratégie de santé en Ontario	35
	Remarques finale	36

TABLE DES MATIÈRES

IV - **RENFORCER LE RÔLE DU PARTICULIER SUR LE PLAN DE LA SANTÉ ET DES SOINS** 38

La question 38
Contexte 38
Envergure de la question 39
Buts pour le particulier 39
Mesures possibles 40
Conclusions 46

V - **METTRE EN LIAISON LES ÉLÉMENTS PROPRES À LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET ACCROÎTRE L'IMPORTANCE ACCORDÉE AUX SOINS AMBULATOIRES ET COMMUNAUTAIRES** 48

La question 48
Principes fondamentaux 48
Lignes de conduite en matière de financement 49
Dispositions d'organisation 52
Infrastructure propice au changement 55
Amorcer la mise en œuvre 56

VI - **RÉALISER UNE STRATÉGIE DE LA SANTÉ EN ONTARIO** 57

La question 57
Principes fondamentaux en vue de réaliser une stratégie de la santé 57
Mécanisme provincial proposé visant à réaliser une stratégie de la santé 59
Conseil du Premier ministre sur la stratégie de la santé 59
Portée de la stratégie de la santé en Ontario 63
Mise en œuvre de la stratégie provinciale de la santé 65
Une stratégie régionale de la santé 65
Première étape essentielle 67

VII - **REMARQUES DE CONCLUSION** 69

ANNEXES

I - Décret en conseil, membres du Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, Personnel et équipe du projet

II - Lettre et annonce publiée dans le presse demandant des propositions et liste des propositions reçues

III - Liste des fonctionnaires gouvernementaux et autres particuliers invités à faire des suggestions au Groupe

IV - Bibliographie des documents de référence principaux

I - UN CADRE DE TRAVAIL POUR LA SANTÉ ET LES SOINS DE SANTÉ

Dans le premier chapitre de notre rapport, nous donnons la définition de ce que nous entendons par «santé» et «soins de santé». Nous décrivons également un ensemble de valeurs, qui, selon nous, devrait servir d'étalon pour évaluer la santé et les soins de santé. La définition et les valeurs forment notre cadre de travail général pour l'étude proprement dite.

MANDAT

Le mandat du Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario consiste à étudier le système de santé de l'Ontario. Une telle étude n'est possible qu'en faisant preuve d'une certaine sensibilité à l'endroit des éléments déterminants de la santé dont la portée outrepasse le système de santé officiel. Nous avons passé énormément de temps dans le cadre du présent rapport à discuter des nombreuses dimensions du concept de la santé en vue d'élaborer une perspective complète, intégrée et positive de la santé. Il s'agit là d'une perspective qui prend racine dans les concepts antérieurs de santé pour les situer dans le contexte des défis d'aujourd'hui.

DÉFINITIONS PRÉCÉDENTES

Notre cadre de travail intègre la perspective que le très honorable Marc Lalonde a déclarée en 1974, et selon laquelle la santé était influencée par un certain nombre de facteurs, notamment par la biologie humaine, le style de vie, l'organisation des soins de santé et le milieu dans lequel les gens vivent. Notre cadre de travail appuie également la déclaration du très honorable Jake Epp dans son rapport de 1986, «La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé», selon laquelle «la santé fait partie intégrante de la vie de chaque jour et constitue une dimension essentielle à la qualité de nos vies... La santé est par conséquent considérée comme une ressource qui donne aux gens la capacité de contrôler et même de modifier leur environnement.» [Traduction]. Cette perspective tient compte du libre choix et met en relief le rôle de la personne et de la collectivité pour parvenir à la santé. Elle souligne également l'importance d'une responsabilité partagée de la part du public, des professionnels de la santé et du gouvernement pour traiter des domaines plus vastes de la politique publique afférente à la santé

NOTRE DÉFINITION

Nous avons adopté comme notre définition de travail le concept de santé donné par l'Organisation mondiale de la Santé, qui est la suivante : «la mesure dans laquelle une personne ou un groupe est capable, d'une part, de réaliser des aspirations et de satisfaire des besoins; et de l'autre, de modifier ou d'affronter l'environnement. Par conséquent, la santé est perçue comme une ressource pour la vie quotidienne, et non comme l'objectif de la vie; c'est un concept positif qui met en relief tant les ressources sociales et personnelles que la capacité physique.»

PORTÉE

Nous avons interprété la portée de notre étude dans des termes très larges à la lumière de notre définition de la santé et de notre relation de reportage au Premier ministre de l'Ontario. Nous avons la responsabilité de commenter le système officiel de santé qui est généralement accepté comme étant l'ensemble des hôpitaux et autres organismes, praticiens de la santé et responsabilités législatives et de financement du ministère de la Santé de l'Ontario. Nous avons également intégré dans notre portée les services connexes des autres ministères du gouvernement touchant la santé et le bien-être des Ontariens. Finalement, nous nous sommes penchés sur les influences clés touchant la santé qui émanent de l'environnement, de la nouvelle technologie, des changements démographiques et des choix de styles de vie des habitants eux-

LES VALEURS FONDAMENTALES APPLICABLES À LA SANTÉ

En examinant la santé sous cette optique, qui va beaucoup plus loin que le concept classique qui voit la santé comme étant l'absence de maladies et d'affections, nous avons établi sept valeurs comme principes clés pour diriger l'orientation de la santé en Ontario. Une description de ces valeurs figure ci-dessous :

1. **Équité.** Chaque personne a l'occasion égale d'atteindre une bonne santé et d'avoir accès à des services de santé convenables.

2. **Qualité.** La santé se rattache à la qualité de la vie, mettant en relief le fait d'ajouter «de la vie aux années», et non simplement d'ajouter «des années à la vie». Ce concept de la santé est également consacré à la qualité des soins, qui laisse entendre une prestation compétente et prévenante de ceux-ci.

3. **Intégralité.** Le système de santé encadre un spectre étendu d'activités dirigées vers la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic des maladies, le traitement et la réadaptation, ainsi que l'élaboration d'une politique coordonnée de la santé. Le système encourage également la continuité et la souplesse entre les diverses parties composantes.

4. **Choix informé.** La personne a le droit de prendre une part active dans les décisions ou les choix qui touchent sa santé. La personne est également tenue et se voit donner l'occasion de fournir un apport en ce qui a trait au niveau, à l'envergure et à la mise en œuvre des services de santé au sein de sa collectivité.

5. **Responsabilité.** Au sein du contexte d'un système de santé bâti sur les principes d'universalité et d'accessibilité, les fournisseurs et les clients ont une obligation mutuelle d'employer les ressources de manière convenable et responsable.

6. **Équilibre coûts/avantages.** La prestation de services de santé doit s'attacher à l'équilibre optimal entre les coûts, l'applicabilité et la qualité des soins et l'utilisation efficace des services.

7. **Engagement envers l'avenir.** Des décisions en matière d'investissements sont nécessaires dans un certain nombre de nouveaux secteurs d'innovations afin d'assurer l'excellence permanente du système et sa capacité d'affronter les défis de l'avenir. La promotion de la santé, la réduction des conditions environnementales nocives à la santé, la recherche dans le domaine de la santé, l'éducation et l'innovation sur le plan de l'organisation et du financement des soins de santé constituent des secteurs clés d'engagement envers l'avenir. Cette démarche est susceptible d'entraîner la redistribution des ressources actuelles, ainsi que des nouvelles ressources, à la fois au sein et au-delà du système de santé officiel.

IMPLICATIONS

En choisissant une définition de principe de la santé et des soins de santé, nous n'en n'avons pas circonscrit la portée aux préoccupations et aux solutions de problèmes d'ordre classique. Nous croyons qu'un changement véritable peut être effectué uniquement à partir d'une perspective qui inclut de nombreuses influences directes et indirectes touchant la santé et les soins de santé.

Nous avons énoncé nos valeurs dès le début de la présente étude afin de clarifier ce qui d'après nous constitue des indices de bonne santé et de bons soins de santé. Ces valeurs serviront également d'étalons lorsqu'il s'agira d'évaluer la santé et les soins de santé, et elles nous orienteront vers les questions qui nécessitent une résolution. Advenant que les questions sélectionnées soient résolues, nous croyons que la santé et les soins de santé en Ontario tendront vers la réalisation des idéals, tels qu'énoncés au titre des sept valeurs.

II - VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ ET DES SOINS EN ONTARIO

Le présent chapitre de notre rapport se propose de traiter des forces et des faiblesses de la santé et des soins de santé en Ontario à la lumière de notre meilleur jugement et ce, à partir des valeurs que nous avons établies. Afin d'en arriver à notre évaluation, nous présentons les sujets d'étude suivants :

- L'état de santé en Ontario
- Le système de santé
- Pressions incitant au changement
- Synthèse des rapports précédents et des conseils promulgués au Groupe
- Thèmes revenant fréquemment dans les rapports et les conseils

L'ÉTAT DE SANTÉ EN ONTARIO

La santé des Ontariens s'est beaucoup améliorée au cours des dernières décennies. En outre, les indices de la santé des Ontariens se comparent favorablement avec ceux des autres provinces et des pays industrialisés. Bien qu'il n'existe aucunes données complètes sur l'état de santé en Ontario, le professeur Larry Chambers a cité les questions suivantes dans le cadre d'une étude (février 1987) :

- Des prévisions de santé plus faibles existent chez la population pauvre de la Province. Les défavorisés ont une espérance de vie plus courte et une probabilité plus élevée d'invalidité prolongée. De tels écarts sont particulièrement prononcés chez les hommes.

- Des niveaux plus élevés de problèmes de santé chroniques et de troubles psychiatriques sont constatés chez les enfants issus de familles vivant du bien-être

- Des taux plus élevés de mortalité infantile et de maladies infectieuses évitables, tels que la rougeole, les oreillons et la rubéole, sévissent dans les régions du nord de la Province.

- Une prolifération rapide du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) s'est produite depuis 1979.

- Le nombre de demandes d'indemnisations pour des blessures attribuables à des accidents du travail se chiffre à environ 400 000 par année en Ontario.

- Bien que de 1975 à 1980 la consommation d'alcool par habitant en Ontario fut stable, l'alcool fut associé aux accidents de la route dans une proportion de 45 à 54 pour cent. D'autre part, la cirrhose du foie est la sixième cause principale de perte d'années de vie potentielles.

- Trente pour cent des Ontariens continuent l'usage du tabac. Le tabac a été lié à de nombreuses maladies, notamment au cancer et à la maladie du cœur.

Nous pensons qu'un mécanisme visant à surveiller l'état de santé et à établir des cibles sur le plan de la santé est essentiel dans le cadre d'une planification des services de santé, des services de protection de la santé, des efforts préventifs et de promotion de la santé, ainsi que de l'éducation et de la formation des professionnels de la santé. Les données disponibles dans la Province sur l'état de santé ne sont pas recueillies sur une base régulière et comparable. Les données ne sont pas également bien mises en rapport avec la planification et la gestion de la promotion de la santé et de la prestation des soins de santé au sein de la Province. Toutefois, de telles questions font actuellement l'objet d'un examen par le Groupe d'experts sur les objectifs des services de santé de l'Ontario que le ministre de la Santé a nommé et qui est sous la

LE SYSTÈME DE SANTÉ

Dépenses

En 1985, environ 14,5 milliards de dollars ont été dépensés dans le cadre du système de santé en Ontario. Ce chiffre représente plus de 1 600 de dollars par personne. Environ 65 % de la dépense de 1985 pour les soins de santé ont été comptabilisés par le budget de la santé du gouvernement provincial. Environ 30 % représentent une dépense d'ordre privé, telle que la dépense personnelle pour les soins dentaires, les lunettes, les médicaments et la quote-part du client pour les ambulances, les soins des centres d'hébergement et les contributions provenant des campagnes de fonds de capital des hôpitaux. Les derniers 5 % ont été la dépense directe du

gouvernement fédéral, la dépense des gouvernements municipaux dans le secteur de la santé publique et les indemnisations des accidents du travail. (Voir Tableau I).

Dans l'exercice financier de 1985-1986, le budget du ministère de la Santé représentait 32 % de toutes les dépenses du gouvernement provincial. Environ 43 % ont été compensés par le revenu transféré du gouvernement fédéral. Un autre 18 % de la dépense du gouvernement provincial pour la santé était couvert par le revenu provenant des primes du régime d'assurance-maladie de l'Ontario (OHIP). Le solde (39 %) provenait des recettes fiscales générales provinciales. (Voir Tableau 2.)

La répartition des dépenses du ministère de la Santé est décrite ci-après et condensée au

Soins hospitaliers

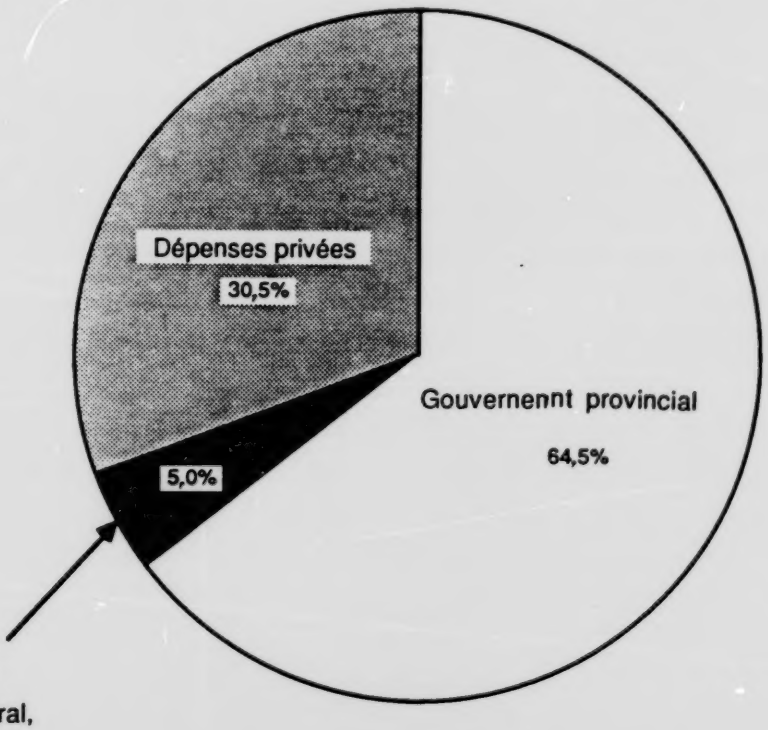
Les soins hospitaliers représentaient 52,6 % (4,9 milliards de dollars) de la dépense du ministère de la Santé pour les soins de santé dans le cadre de l'exercice financier de 1985–1986. Si les services des médecins dispensés aux patients dans les hôpitaux et remboursés par l'OHIP étaient inclus dans la catégorie hospitalière, la proportion des dépenses provinciales pour la santé couvrant les services de soins hospitaliers s'élèverait à 5,7 milliards de dollars, soit 62 % de la dépense de la Province pour la santé.

TABLEAU 1

GROUPE D'ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

Répartition de toutes les dépenses de soins de santé en Ontario en 1985

Dépenses totales en 1985 : 14,5 milliards $



Dépense directe du gouvernement fédéral, des gouvernements municipaux et des indemnisations pour les accidents du travail

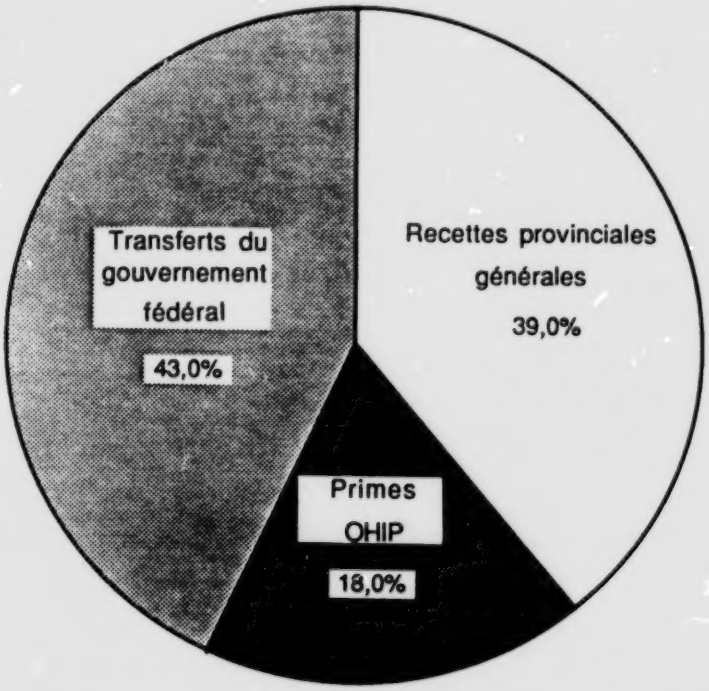
SOURCE : Santé et Bien-être Canada, Dépenses nationale de santé du Canada de 1975 à 1985, Ottawa, 1986

TABLEAU 2

GROUPE D'ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

Répartition des recettes du ministère de la Santé au cours de l'exercice financier 1985-1986

Recettes totales du ministère de la Santé en 1985-1986 : 9,264 milliards $



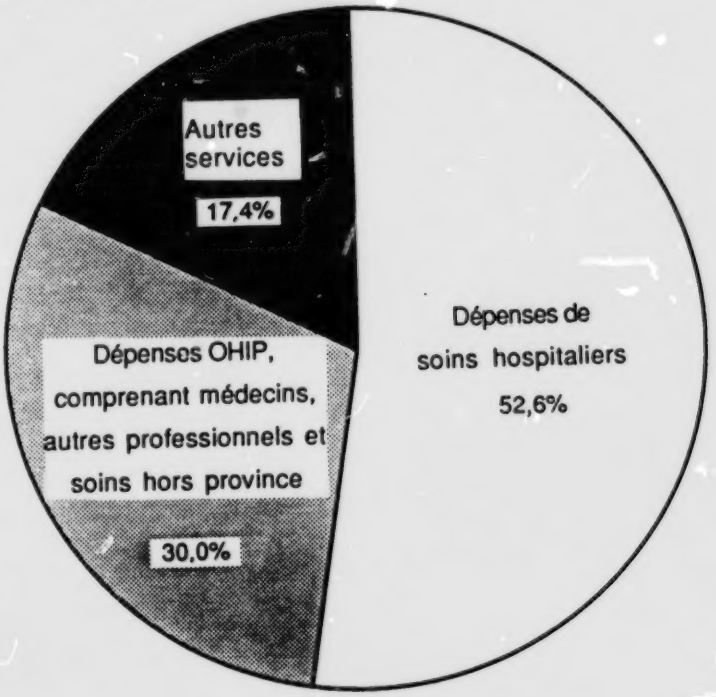
SOURCE : Ministère du Trésor et de l'Économie,
Comptes publics 1985-1986, Volume 1 (États financiers), Toronto, 1986

TABLEAU 3

GROUPE D'ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

Répartition des dépenses du ministère de la Santé au cours de l'exercice financier 1985-1986

Dépenses totales du ministère de la Santé en 1985-1986 : 9,264 milliards $



SOURCE : Ministère du Trésor et de l'Économie,
Comptes publics 1985-1986, Volume 1 (États financiers), Toronto, 1986

La plupart des services hospitaliers, y compris le salaire et les avantages sociaux du personnel infirmier, des médecins et du personnel professionnel connexe de la santé employés dans les hôpitaux, sont remboursés à partir de budgets globaux; c'est-à-dire des budgets fixes de fonctionnement établis annuellement par le ministère de la Santé pour chaque hôpital. Bien que les hôpitaux aient déployé certains efforts sur le plan du contrôle des coûts, certaines questions ont été soulevées par le fait que le mécanisme budgétaire global n'est pas suffisamment tonique pour que les hôpitaux dispensent des soins de façon efficace, surtout lorsque ce mécanisme est étayé régulièrement par l'ampleur du déficit budgétaire. Les incitatifs sont insuffisants pour veiller à ce que les hôpitaux dispensent tout service donné au coût le plus bas qui soit ou veiller à ce que les services soient utilisés le plus économiquement possible. Un exemple de l'utilisation inefficace des services hospitaliers est le grand nombre de lits d'hôpitaux occupés par des patients dont le séjour à l'hôpital se prolonge car aucunes dispositions de sortie adéquates ne sont trouvables dans la collectivité. Il est courant de voir entre 10 et 20 % des lits d'hôpitaux pour malades aigus dans toute ville de l'Ontario être occupés par des malades chroniques. Le budget global ne fournit aucun incitatifs financier aux administrateurs des hôpitaux pour résoudre ce problème. Tout au plus, l'hôpital tire de légers avantages financiers à garder de tels patients, car ils exigent généralement moins de soins intensifs et coûteux que si les lits dont il s'agit étaient occupés par des patients sous des soins actifs.

Services des médecins et autres services couverts par l'OHIP

Les services couverts par le régime d'assurance-maladie de l'Ontario (OHIP) représentent un autre 30 % (2,8 milliards de dollars) des dépenses de 1985-1986 du gouvernement provincial pour les soins de santé. Sur cette somme, 2,5 milliards de dollars ont été dépensés pour les services des médecins, moins de 100 millions pour les services hospitaliers hors de la province dispensés aux Ontariens et environ 150 millions de dollars pour d'autres professionnels de la santé, tels que les optimétristes, physiothérapeutes, dentistes, ostéopathes et chiropraticiens. Les services des médecins sont généralement remboursés sur une base de rémunération à l'acte, c'est-à-dire que les médecins sont payés selon un barème d'honoraires à l'échelle de la Province pour chaque procédure de diagnostic et de traitement qu'ils effectuent sur les patients. La formule de rémunération à l'acte s'applique également à la plupart des services de médecins dispensés aux patients hospitalisés. Sur les 2,5 milliards de dollars dépensés pour assurer le remboursement des services des médecins couverts par l'OHIP, presque 850 millions de dollars (34 %) ont été dépensés pour des services de médecins rendus

Des questions ont été soulevées au sujet des incitatifs implicites dans les dispositions relatives à la rémunération à l'acte. Les médecins ont une certaine discrétion sur le nombre de visites, les procédures et les tests recommandés pour tous besoins médicaux donnés d'un patient. L'Organisation des services de santé (OSS) constitue une exception à la méthode de remboursement selon la rémunération à l'acte, étant financée sur une base par habitant pour chaque patient desservi. En 1986, 180 000 habitants de l'Ontario, soit environ 2 % de la population, ont été desservis par le biais des services de l'OSS. Les salaires payés aux médecins employés par les centres de santé communautaires (CSC) sont une autre exception à la méthode de remboursement sur une base de rémunération à l'acte. Les centres de sante communautaires, qui dispensent des services de soins principaux à certaines collectivités ayant des besoins spéciaux, sont financés sur une base de budgets globaux.

Autres services

Environ 17,4 % (1,6 milliard de dollars) de la dépense de 1985-1986 du gouvernement provincial dans le cadre des soins de santé ont été alloués aux autres services, notamment aux soins à domicile, services de santé publique, centres d'hébergement, médicaments, appareils et prothèses (tels que fauteuils roulants et aides physiques) services de santé d'urgence, services communautaires et institutionnels de la santé mentale, ainsi qu'à l'administration du ministère de la Santé. La plupart de ces services sont dispensés indépendamment l'un de l'autre et possèdent chacun leurs propres dispositions de financement avec le ministère de la Santé. En termes généraux, les soins à domicile, les centres d'hébergement et les dispositifs d'assistance sont financés sur une base de volume de services. Les services de santé publique et de la santé mentale sont généralement financés sur une base de budget fixe.

Structure d'organisation

Le Gouvernement provincial

Le système de santé de l'Ontario est, en majeure partie, dirigé et financé par le ministère provincial de la Santé. Le ministère a récemment subi une réorganisation en divisions, qui correspondent aux principaux types de services de santé : services institutionnels (hôpitaux et centres d'hébergement), services de santé mentale, santé communautaire (santé publique, soins à domicile, promotion de la santé, programmes communautaires), services de santé d'urgence et services de soins spéciaux. Les services des médecins et les services connexes couverts par l'OHIP, financés sous une administration, ainsi que la division de l'administration, des finances et de l'assurance-maladie, qui centralise le paiement de tous les services couverts par l'OHIP, constituent l'exception. La méthode en vertu de laquelle les services assurés par l'OHIP sont administrés a tendance d'accorder une importance marquée à la gestion financière plutôt qu'au programme ou aux politiques. Le financement et la prestation de services dans chaque région faisant partie du programme ont eu tendance à connaître une évolution séparée au cours du temps, ce qui a engendré une gamme variée de mécanismes de financement distincts et de méthodes distinctes de prestation de services. L'orientation est moins forte envers la totalité des besoins de santé au sein des populations desservies par les diverses divisions du ministère. La création d'une division des politiques, de la planification et des systèmes est perçue comme étant un effort de la part du ministère pour adopter une ligne de conduite plus intégrée.

D'autres ministères du gouvernement provincial sont également engagés dans le financement et l'exploitation de services de santé. Le ministère des Services sociaux et communautaires y occupe un point central. Les soins à long terme pour les personnes âgées et les handicapés, par exemple, implique un énorme chevauchement entre les ministères de la Santé et des Services sociaux et communautaires. Les deux ministères sont engagés dans le financement d'établissements de soins institutionnels et dans des services à domicile pour les personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes dépendantes. La complexité de l'interdépendance entre les deux ministères est démontrée par le Programme intégré de services d'aides familiales qui couvre des services d'auxiliaires familiales pour les personnes âgées à la santé précaire et les handicapés. Le programme est financé par le ministère des Services sociaux et communautaires, mais est administré et mis en œuvre par le biais des Programmes de soins à domicile qui sont financés par le ministère de la Santé. Les services de santé mentale constituent un autre secteur de chevauchement entre ces deux ministères. D'une part, le ministère de la Santé finance des services de santé mentale pour adultes, et de l'autre, le

ministère des Services sociaux et communautaires financent la plupart des services de santé mentale pour enfants. Un tel arrangement engendre de graves problèmes d'ordre transitoire pour les personnes atteignant un âge où elles ne sont plus admissibles aux services pour enfants.

Le ministère du Travail est le troisième ministère qui joue un rôle important sur le plan du financement et de la prestation de soins de santé. Il est responsable d'un vaste ensemble de programmes de santé et de sécurité au travail, ainsi que des services pour les ouvriers

D'autres ministères, en plus de ceux de la Santé, des Services sociaux et communautaires et du Travail sont engagés dans le secteur des politiques relatives à la santé. Ces ministères comprennent en outre le ministre délégué aux Affaires des personnes âgées en ce qui a trait à la coordination de la politique relative aux personnes âgées, le ministère des Collèges et Universités en ce qui a trait à la planification et à l'éducation de la main-d'œuvre en matière de santé, le ministère de l'Environnement sur le plan de la réglementation de la qualité de l'environnement et le ministère du Logement en ce qui a trait aux programmes de logement

Pour récapituler, un certain nombre de ministères provinciaux sont engagés dans la politique, le financement et la prestation de programmes de santé et de soins. Nous constatons un énorme chevauchement et une forte possibilité de manque de coordination, car chaque ministère élabore et dispense des services aux mêmes populations ou à celles analogues qui ont certains besoins. D'autres provinces ont tenté de résoudre ce problème grâce à des fusions de services sociaux et de santé, bien qu'aucune structure d'organisation idéale n'ait été documentée.

Conseils régionaux de santé

Il existe aujourd'hui 26 Conseils régionaux de santé en Ontario qui planifient et coordonnent sur le plan régional les services de santé pour répondre aux besoins des districts. Dans le cadre des politiques du ministère de la Santé, les Conseils sont chargés de déterminer les besoins locaux de santé, d'évaluer les solutions de substitution, d'établir des priorités et de planifier des programmes complets de santé au niveau régional.

Les Conseils régionaux de santé ont un rôle exclusivement consultatif auprès du ministère de la Santé et par conséquent ne possèdent aucuns pouvoirs pour gérer ou financer des services au niveau régional. Le financement des services demeure centralisé au ministère de la Santé. La direction des services est divisée entre le ministère de la Santé au niveau provincial et entre les conseils d'administration des hôpitaux, les organismes communautaires, les praticiens de la

santé publique et de la santé privée, au niveau régional. Il existe peu d'incitatifs pour intégrer la gestion ou le financement d'un réseau de services de santé au niveau régional, bien qu'une tentative d'intégration est constatée de la part des fournisseurs particuliers et des Conseils régionaux de santé.

Les Conseils régionaux de santé ont évolué à différents niveaux d'efficacité lorsqu'il s'agissait d'influencer les politiques et la planification du ministère. Des améliorations ont été apportées, mais certaines sont susceptibles d'être encore apportées sur le plan de la communication entre le ministère et les Conseils régionaux de santé.

Système de prestation régional

Tandis que le gouvernement provincial joue un rôle clé sur le plan du financement des services de santé, divers organismes et personnes dispensent des services au niveau régional:

- Tous les hôpitaux principaux autres que les hôpitaux psychiatriques ont des conseils d'administration indépendants.

- Les médecins employés à leur propre compte et autres praticiens de la santé privée sont remboursés par l'OHIP et la Commission des accidents du travail.

- La santé publique est dispensée par l'entremise des bureaux de santé sous les auspices du gouvernement municipal ou régional et est régie par les Conseils régionaux de santé.

- Plusieurs organismes et agences sans but lucratif dispensent des services de santé, tels des services de soins à domicile et des centres pour les personnes âgées.

- Le secteur privé regroupe de nombreux établissements de soins à long terme (c.-à-d., des centres d'hébergement et établissements de soins à domicile), laboratoires médicaux, services de soins privés à domicile et de consultation et

Main-d'œuvre du secteur de la santé

Les services de santé font appel aux professionnels du domaine de la santé, notamment aux médecins, infirmières/infirmiers, professionnels connexes de la santé et autres personnes. Dans un système de santé bien planifié, le nombre de personnes formées et sur le marché du travail dans chaque type de profession doit correspondre tant aux besoins des soins de santé actuels et prévus de la population, qu'aux lignes de conduite préférées régissant la prestation des soins de santé. Une étude du professeur Jonathan Lomas (février 1987) portant sur les recherches accumulées menées sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé en Ontario présente les conclusions suivantes :

- Le nombre de médecins par rapport à la population s'est accru de plus de 2 % par année aux cours des quelques dernières années. En 1983, il y avait un médecin pour chaque 512 habitants de la Province. Au cours des derniers 15 ans, la proportion de médecins qui sont spécialistes est demeurée assez uniforme, à

- Si d'une part la proportion du personnel infirmier par rapport à la population a augmenté de façon régulière, d'autre part, il y a au sein des principales régions urbaines un manque de personnel infirmier formé dans les services spéciaux.

- Les efforts de planification de la main-d'œuvre doivent tenir compte de l'évolution des changements sur le plan de la santé des Ontariens. Il existe un besoin de former un plus grand nombre de professionnels dans le secteur de la gestion des soins aux malades atteints de maladies chroniques, de la réadaptation et des soins palliatifs, de façon à répondre à l'évolution des besoins en matière de santé chez les Ontariens. En outre, il existe des besoins spécialisés, telle que la recherche dans le domaine des soins de santé.

- La planification de la main-d'œuvre ne peut pas se faire dans l'isolement en ce qui touche l'Ontario. L'ampleur de la migration interprovinciale de professionnels amène un besoin de coordination d'ordre interprovincial. L'émigration vers les autres pays et l'immigration des professionnels de la santé au Canada, appuient le besoin d'une ligne de conduite fédérale-provinciale.

Une surveillance minutieuse des tendances sévissant au sein du secteur de la main-d'œuvre de la santé est nécessaire pour veiller à ce que les ressources humaines nécessaires répondent aux exigences de l'avenir et afin d'éviter tant le manque que le surplus de spécialistes dans certaines professions. Après une longue période de croissance des professions de la santé, un changement du niveau d'intérêt au Canada est possible, dans la mesure où d'autres pays peuvent servir de guides. Aux États-Unis, par exemple, une baisse des demandes de candidats compétents s'est produite aux programmes d'étude de médecine, dentisterie et soins infirmiers.

PRESSIONS INCITANT AU CHANGEMENT

Un certain nombre de pressions incitent à changer le système de santé de l'Ontario, notamment les pressions suivantes : les dépenses croissantes pour les soins de santé; la composition démographique de la Province; les changements dans l'évolution caractéristique de la maladie; les changements au niveau des attentes du public sur le plan de la santé; et la nouvelle

Dépenses croissantes pour les soins de santé

La dépense engagée par les Ontariens pour les soins de santé a augmenté de 50 % entre 1981 et 1985. Cette hausse a dépassé de beaucoup le taux d'inflation de 27 % pour la même période. Au cours de la même période, la hausse par Ontarien a été moins élevée que dans certaines provinces et plus élevée que celle enregistrée dans certaines autres. La hausse des dépenses en Ontario se situait mi-chemin de l'échelle générale quand on la compare à la hausse des taux dans les autres pays au cours de la même période. Dans le cadre de la hausse totale en Ontario, certains secteurs de dépenses de la santé ont enregistré une hausse plus rapide, que d'autres à cause d'un ensemble complexe de facteurs, notamment les augmentations de capacité, des coûts unitaires, de la demande de services et de l'inflation.

Bien que les dépenses consacrées aux systèmes de santé de l'Ontario ne semblent pas excessives sur une base de comparaison interprovinciale ou internationale, elles représentent néanmoins presque un tiers des dépenses provinciales totales. Des hausses supplémentaires au niveau des dépenses visant à répondre aux besoins non desservis devront faire l'objet d'un examen minutieux. Selon le Groupe, l'occasion véritable de réaliser des progrès réside dans le fait d'améliorer l'équilibre coûts/avantages du système, afin d'optimiser les avantages sur le plan de la santé pour les Ontariens et ce, pour tout niveau donné de ressources financières provenant du gouvernement, des organismes et des personnes.

Composition démographique en voie de changement

L'importance de s'assurer qu'une ligne de conduite adéquate intervienne pour répondre aux besoins en matière de soins chez les personnes âgées est soulignée par les prévisions sur le plan des changements démographiques. Alors qu'on prévoit que la population de l'Ontario dans l'ensemble connaîtra une croissance de seulement 14,1 % au cours des 20 ans entre 1986 et 2006, la population de 65 ans et plus augmentera de 50,2 % et la population âgée de 75 ans et plus augmentera de 81,4 %. En moyenne, la population âgée de 65 ans et plus, et de façon encore plus frappante les personnes de plus de 75 ans, se servent plus du système de santé de manière disproportionnée, en particulier des services hospitaliers, que le reste de la population. Les chercheurs ont également démontré que l'usage des services de santé chez les personnes âgées s'est accru énormément au cours des récentes années. Les données n'indiquent pas si cet usage accru des services a nécessairement produit des résultats favorables sur le plan de la santé.

On constate que des services communautaires supplémentaires sont nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées. Dans la plupart des hôpitaux pour les maladies aiguës, on retrouve des personnes âgées qui attendent qu'on les transfère dans des installations communautaires convenables. Un grand nombre de sujets au stade ultime d'une maladie et recevant des soins dans des hôpitaux pourraient être soignés chez eux de façon plus humaine et plus efficace si les services dont ils ont besoin étaient dispensés au sein de la collectivité. Les sujets chroniques sont placés dans des établissements vu le manque de services communautaires financés publiquement qui seraient aptes à les soigner et à aider les soignants de leur famille.

Aspect changeant de la maladie

Une autre pression, imputable à l'évolution caractéristique de la maladie, vient peser sur le système de santé de l'Ontario. La recherche démontre que la maladie et l'invalidité sont dans une proportion croissante attribuables aux maladies chroniques prolongées, plutôt qu'aux maladies aiguës. Environ neuf dixièmes de toutes les années de santé perturbée que les gens ont éprouvées sont dus à diverses catégories d'invalidité à long terme. Ces tendances impliquent que si des progrès importants doivent être réalisés sur le plan de l'amélioration de la qualité de vie pour ceux qui sont malades et handicapés, une importance accrue devra être accordée aux services de soins à long terme. De tels services devraient mettre en priorité l'aide accordée aux personnes de la collectivité, pour leur permettre d'être aussi indépendantes que possible et pour parvenir dans la mesure du possible à vivre des vies normales. Fait tout aussi important, plus d'attention

devrait être consacrée à la recherche sur l'évolution des méthodes de prévention et de réadaptation pour ces gens-là.

Évolution des attentes du public

La pression de changer le mode de prestation du système de santé émane également de l'évolution des attentes et des valeurs du public. Le public s'attend à plus de la part des institutions actuelles et des professionnels particuliers de la santé. En outre, vu le souci croissant de la qualité de la vie associée à de nombreuses formes de soins institutionnels, en particulier aux soins institutionnels à long terme, de plus fortes pressions se font sentir pour veiller à ce que des services communautaires, comme solution possible, deviennent disponibles. On s'attend de plus en plus à ce que les services publiquement financés soient de nature plus encourageante et pratique, tels que les services d'auxiliaires familiales, les services de livraison de repas à domicile, les appareils et les prothèses, ainsi que les soins palliatifs. De plus, des pressions croissantes se font sentir non seulement pour des services directs aux patients ayant besoin de soins, mais également pour des services de soins de relève susceptibles d'aider les familles et les amis ayant certaines responsabilités en matière de soins.

Nouvelle technologie

Les progrès de la technologie médicale représentent une force majeure sur le plan de l'évolution des lignes de conduite régissant le système de santé. Ces progrès ouvrent de nouveaux débouchés en matière de diagnostic et de traitement et dans la prestation plus équilibrée au point de vue coûts/avantages de certains services actuels. Par exemple, certaines interventions chirurgicales qui demandaient auparavant une hospitalisation peuvent maintenant être exécutées en consultation externe. Certaines nouvelles techniques de diagnostic et de traitement coûtent si chères, cependant, que des questions se posent en ce qui a trait à la façon dont la société peut en faire bénéficier les personnes qui en ont besoin.

Une étude sur la technologie médicale en Ontario, menée par le professeur David Feeny (février 1987), a attiré l'attention sur les points suivants :

- L'importance accordée jusqu'à ce jour aux mesures restrictives en matière de coût en immobilisations, comme mécanisme pour contrôler le lancement de nouvelles technologies, n'a pas su faire la distinction entre les technologies efficaces et inefficaces. Les nouvelles technologies devraient faire l'objet d'une évaluation

rigoureuse en ce qui a trait à l'efficacité clinique et à l'équilibre coûts/avantages avant leur adoption à grande échelle.

- Les organismes, tant aux niveaux provincial et national, devraient relever, évaluer et disséminer l'information sur les nouvelles technologies de la santé.

- Les personnes chargées de prendre les décisions au sein du système de santé devraient tenir compte d'une telle information sur les nouvelles technologies dans le cadre de leur planification et gestion des ressources de santé.

Le Groupe se rallie fortement aux conclusions du professeur Feeny.

SYNTHÈSE DES RAPPORTS PRÉCÉDENTS ET CONSEILS PROMULGUÉS AU GROUPE

Comités et groupes de travail précédents

Au cours des 15 dernières années, de nombreux comités et groupes de travail ont étudié l'état de santé et ont formulé des recommandations sur les façons dont elle pourrait être améliorée ou réorientée. Nous reprenons ci-dessous les rapports les plus importants qui émanent de ces groupes.

En 1972, un projet du gouvernement fédéral intitulé «Le Centre de soins communautaires, au Canada», sous la présidence de M. John Hastings, a démontré dans son rapport le besoin «d'une réorganisation immédiate et réfléchie de tous les services de santé en un système unique de services de santé susceptible d'assurer les normes minima en matière de soins de santé à tous les Canadiens et d'inciter un usage plus économique et efficace de toutes les ressources de santé.»

En 1973, un comité, sous la présidence de M. Edward Pickering et mandaté par la Medical Association of Ontario, a établi les besoins suivants dans son rapport intitulé «Report of the Special Study Regarding the Medical Profession in Ontario» (Rapport d'étude spéciale concernant la profession médicale en Ontario).

- Élargir le rôle des services paramédicaux.

- Améliorer les services médicaux à domicile et élaborer de plus amples solutions de rechange aux institutions.

- Coordonner les divers éléments des soins médicaux et s'occuper de la fragmentation des services médicaux parmi les spécialistes médicaux.

- Réévaluer le rôle de la profession médicale dans le cadre du système de prestation des soins de santé.

En 1974, le rapport intitulé «Report of the Health Planning Task Force» (Rapport du Groupe de travail sur la planification du système de santé) élaboré par un comité sous la présidence du Dr Fraser Mustard et sous les auspices du ministère de la Santé de l'Ontario, a formulé de nombreuses recommandations pour atteindre les buts suivants :

- Rationaliser la planification et la gestion des soins de santé.

- Intégrer la prestation des soins primaires et secondaires.

- Amener une transposition au niveau communautaire.

- Coordonner les services.

- Accroître l'importance accordée à la prévention, la promotion et l'entretien de la santé.

En 1982, le rapport intitulé «Final Report of the Task Force to Review Primary Care» (Rapport final du Groupe de travail sur l'étude des soins de santé primaires), également rédigé par un comité sous la présidence du Dr Fraser Mustard et sous les auspices du ministère de la Santé de l'Ontario, renfermait les recommandations suivantes :

- Les dispositions de financement des soins primaires comme solutions de rechange pour les Organisations de services de santé (OSS) et les Centres de santé communautaires (CSC) doivent se poursuivre en tant que sources de financement «légitimes», «pleinement élaborées» dans le cadre d'un système pluraliste.

- Un groupe de travail supplémentaire devrait être mis sur pied, ayant pour fonction d'étudier en profondeur le secteur des soins primaires, et il devrait incorporer dans ses attributions l'étude des questions suivantes: les incitatifs aux fins d'efficacité; la décentralisation; l'intégration des services de soins primaires et secondaires; et l'éventail optimum de professionnels.

En 1983, le Conseil ontarien de la santé et le ministère de la Santé ont publié un rapport intitulé «Health Care: the 80's and beyond» (Les soins de santé : les années 80 et après). Les orientations principales, dont l'importance était soulignée dans ce rapport, comprenaient

- Une importance prioritaire accordée à la prévention des maladies, la promotion de la santé et la responsabilité au niveau personnel.

- Des lignes de conduite pluridisciplinaires en matière de soins.

- Une orientation vers des soins dispensés à domicile et dans la collectivité.

- Une coordination des services.

Dans le cadre de l'examen de ces études, le Groupe a également reçu les présentations du Dr Fraser Mustard et de l'ancien président du Conseil ontarien de la santé, le Dr Brian Holmes.

Particuliers et organismes

À la fin de novembre et au début de décembre 1986, le Groupe a invité des particuliers et des organismes œuvrant dans le domaine de la santé à lui présenter des soumissions écrites dans le but d'aider le Groupe à établir des orientations et des priorités (Voir Tableau II). Nous avons été très encouragés par la réaction. Parmi les 200 organismes que nous avons directement contactés, 112 ont répondu. De plus, nous avons reçu 123 réponses à l'annonce publiée dans la

Les réponses provenant de groupes d'intérêt n'ont pas été, de façon marquée, différentes de celles des particuliers et des organismes ayant répondu à l'annonce parue dans la presse. Le ton positif des réponses nous a impressionnés. Un grand nombre d'entre elles étaient extrêmement encourageantes, offrant leurs ressources pour aider le Groupe. Nous avons également été impressionnés par l'envergure de la perspective de la majorité des intervenants,

particulièrement des groupes et des organismes ayant mis de côté leurs intérêts spéciaux pour parler de priorités à l'échelle de la Province en matière de santé et de soins de santé.

La majeure partie des réponses a renforcé un grand nombre de thèmes propres aux études précédentes. Dans de nombreux cas, ces thèmes étaient illustrés par les perspectives et les besoins d'ordre particulier des personnes âgées, des malades mentaux et des handicapés. Des conseils ont été promulgués dans les secteurs suivants, entre autres :

- L'intégration des organismes et le financement des services de santé, particulièrement au niveau des soins communautaires.

- Changement sur le plan des dispositions de financement, visant un usage plus efficace des ressources onéreuses et encouragement des nouveaux services, en particulier ceux destinés aux malades chroniques et aux infirmes.

- Élargissement de la portée du mandat du gouvernement en matière de santé et de soins de santé de façon à intégrer une planification stratégique et une politique coordonnée afin de s'occuper des facteurs déterminants d'ordre social, économique et environnemental touchant l'état de santé.

- Importance accrue aux soins préventifs.

- Utilisation plus souple de la main-d'œuvre de la santé, et notamment l'intégration de l'éducation des professionnels de la santé avec les besoins de prestation de services de la Province.

- L'importance de ressources supplémentaires pour la recherche dans le domaine de la santé.

- Code déontologique et valeurs en ce qui a trait aux nouvelles formes de conception, à l'ingénierie génétique et à la prolongation de la vie au moyen de systèmes de maintien des fonctions vitales.

- Santé mentale des enfants, ainsi que politiques et programmes d'éducation spéciaux.

Représentants actuels et anciens du gouvernement

Le Groupe s'est également attaché à accorder une haute priorité à la réception d'un vaste éventail de perspectives émanant de l'intérieur de gouvernement de l'Ontario en ce qui a trait aux relations interministérielles dans le domaine de la santé et des soins de santé et aux questions qu'il faudrait aborder.

Des présentations ont été effectuées par le ministre et le sous-ministre actuels de la Santé, ainsi que par plusieurs anciens sous-ministres de la Santé.

Le Groupe a également reçu des présentations des ministères suivants dont les activités étaient afférentes à nos délibérations : Collèges et Universités, Services sociaux et communautaires, Environnement, Travail, Tourisme et Loisirs, et Trésor et Économie. Nous avons aussi reçu des présentations de l'Office des personnes âgées, de l'Office des personnes handicapées, du Conseil consultatif de l'Ontario sur les handicapés physiques, du Comité consultatif de l'Ontario sur les relations civiques et multiculturelles et de la Commission ontarienne des droits de la personne.

Le Groupe a constaté un degré élevé de consensus parmi les présentations gouvernementales. Un thème revenait, à savoir l'importance de soins efficaces au sein de la collectivité pour maintenir la santé, prévenir la maladie et réadapter les personnes qui ont subi des maladies aiguës ou chroniques. En ce qui a trait à la formation des professionnels de la santé et à la prestation des services de santé, on a insisté sur l'importance que revêt la sensibilisation des fournisseurs de soins aux diverses exigences linguistiques, ainsi qu'aux pratiques et croyances multiculturelles des Ontariens.

On s'est également attaché à accorder une priorité à refléter la mosaïque multiculturelle et multiraciale de la société en Ontario quant au recrutement, tant du personnel que des bénévoles, dans le cadre de la gestion et de la prestation des services de santé. De façon analogue, il a eu une reconnaissance universelle du besoin de lignes de conduite interministérielles sur le plan des besoins des personnes âgées, des handicapés et des malades mentaux. C'est à l'unanimité également que l'on a constaté que la ligne de conduite actuelle en ce qui a trait aux services de planification est fragmentée, non seulement entre les ministères, mais au sein de ceux-ci. Le Groupe a été particulièrement encouragé par le degré de volonté dont les divers ministères et organismes ont fait preuve pour trouver des moyens mutuellement acceptables afin de continuer les services de santé et communautaires de qualité supérieure de l'Ontario et d'aborder les nouveaux débouchés et défis qui se présentent.

THÈMES QUI REVIENNENT DANS LE CADRE DES RAPPORTS ET DES AUTRES CONSEILS PROMULGUÉS

Nous constatons qu'un certain nombre de thèmes se répètent et émanent de l'ensemble de ces rapports, soumissions et présentations, et notamment les suivants :

- Accorder une plus grande importance aux **soins primaires.**
- **Mettre en liaison** les soins primaires et secondaires.
- Réaliser une **perspective communautaire** en matière de soins.
- Encourager un système de santé **pluraliste.**
- Se concentrer sur la **promotion** de la santé et la **prévention** des maladies.
- Réaliser une **planification** coordonnée.
- Employer un **éventail plus efficace** de professionnels pour dispenser les
- **Coordonner** les services.

Les caractéristiques les plus frappantes de tous les apports figurant ci-dessus sont l'uniformité et la répétition de nombreux résultats et recommandations. Nous constatons également que la répétition révèle un **manque de mise en œuvre efficace** des concepts bien fondés émanant de sources crédibles.

NOTRE MEILLEUR JUGEMENT EN CE QUI A TRAIT À L'ÉTAT DE SANTÉ DES ONTARIENS ET À LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Quel est notre meilleur jugement en ce qui a trait à l'état de santé des Ontariens et de l'état du système de santé en Ontario? Pour y répondre, nous présentons une analyse basée sur l'ensemble de nos sept valeurs et suivie d'une conclusion générale.

Équité

Des possibilités demeurent afin de réaliser une meilleure équité sur le plan de l'état de santé. Les chercheurs ont démontré que les personnes disposant d'un faible revenu sont caractérisées par une plus faible espérance de vie et une plus grande possibilité de maladie et d'invalidité prolongée que les personnes disposant d'un revenu plus élevé. Quelques collectivités dans la Province, tels que les peuplements d'Indiens en particulier dans les régions éloignées, connaissent un niveau de santé qui se situe bien en-dessous de celui du reste de la Province.

Des progrès considérables ont été réalisés pour établir l'équité sur le plan de l'accessibilité aux soins de santé. La plupart des Ontariens n'ont aucunes entraves financières importantes les empêchant de se procurer les services de santé dont ils ont besoin. La contrainte la plus grave aujourd'hui en matière d'accessibilité est liée à la disponibilité des services dans les régions éloignées et du nord. Les gens qui vivent dans ces régions se voient encore forcés de se déplacer très loin pour se procurer certains services fondamentaux.

Des problèmes existent également en matière d'accessibilité aux services dans certaines collectivités urbaines. Certaines personnes issues des nouvelles populations immigrantes sont susceptibles de rencontrer des problèmes, en se prévalant de la pleine accessibilité aux services, dus aux barrières linguistiques ou au manque de connaissances. Bien que des progrès aient été réalisés dans ce sens, les personnes physiquement handicapées et les autres groupes de personnes désavantagées éprouvent une certaine difficulté en se prévalant de la pleine accessibilité au système de santé.

Qualité

On constate que la qualité technique des soins dispensés dans cette Province, particulièrement dans le traitement de la maladie aiguë, se situe à un niveau élevé qui se compare favorablement avec celui d'autres pays. Une question a été soulevée quant à deux autres dimensions de la qualité qui revêtent une importance particulière en ce qui a trait à la maladie chronique. La première, l'élément «souci des soins» du service de santé susceptible d'influencer à la fois les résultats médicaux et la satisfaction du patient, est perçue comme manquante dans certains organismes et établissements. La deuxième, la qualité de la vie dans les établissements de santé, tels que certains hôpitaux et centres d'hébergement, a été mise en question comme étant inadéquate.

Intégralité

Bien que l'Ontario ait établi une gamme intégrale de services de santé qui comprend les types de services les plus importants pour soigner les malades, il existe certaines possibilités d'amélioration. Une meilleure liaison entre les divers types de services de santé, notamment les hôpitaux, les médecins de famille, les soins à domicile et les soins institutionnels à long terme, devrait engendrer une répartition mieux équilibrée des ressources de santé et certaines économies financières dans les services onéreux de traitement et de soutien. Une telle liaison devrait faciliter l'accès au service le plus convenable et le plus équilibré au niveau coûts/avantages et la continuité des soins aux patients dont les besoins changent sur le plan de la

Choix informé

En général, nous croyons que l'information nécessaire est à la disposition des personnes qui doivent faire de nombreux choix en ce qui touche leur santé et l'envergure des services offerts au sein de la collectivité. Cependant, le système ne fournit pas une information intégrale et facilement accessible dans tous les cas, ce qui suscite parfois des difficultés pour certaines personnes. Ce problème est surtout commun chez diverses populations désavantagées et

Certaines questions ont également été soulevées au cours des dernières années en ce qui a trait à la nécessité d'un rôle plus actif de la part du patient ou consommateur dans le processus de sélection ou d'assentiment du type de soins reçus, comme par exemple les soins d'accouchement, la mort avec dignité et le consentement aux soins psychiatriques.

Un choix informé exige également l'engagement du public dans la planification des services de santé et dans d'autres aspects de la collectivité qui touchent la santé. Cependant, l'information est souvent manquante aux membres du public pour appuyer leur engagement. Il existe un grand besoin chez le public pour qu'il comprenne où son argent est dépensé et ce qu'il achète. Le public a besoin aussi de comprendre d'autres facteurs déterminants principaux sur le plan de la santé (c.-à-d. pauvreté, environnement, logement, nutrition) s'il doit influencer les décisions sur le plan des politiques dans ces secteurs.

Responsabilité

La responsabilité pour les soins de santé est concentrée sur la personne ou l'institution prestataire de soins. Des mécanismes de responsabilité existent sur le plan de la prestation des soins, tels que les ordres professionnels surveillant les pratiques de leurs professions respectives, l'accréditation des hôpitaux et les exigences de reportage du ministère de la Santé. Toutefois, nous pensons que la responsabilité est inadéquate dans deux aspects importants.

Premièrement, il n'existe aucun foyer unique de responsabilité envers la personne pour la gestion totale de ses soins, y compris la prestation de services correspondant aux besoins. Les médecins de famille ont peu de responsabilités quant aux ressources globales de santé que leurs patients consomment ou aux soins qu'ils reçoivent dans d'autres milieux, tels que les hôpitaux ou les soins à domicile. Même au sein des hôpitaux, les responsabilités quant aux soins des patients ont tendance à être diffuses et sont souvent partagées parmi plusieurs professionnels de la santé et services opérant avec un certain degré d'autonomie. Des techniques existent, et sont de plus en plus élaborées, qui faciliteraient une meilleure surveillance de l'applicabilité des soins, y compris des normes d'utilisation et des normes de résultats cliniques. De telles techniques offrent l'occasion de fournir aux gestionnaires cliniciens, administrateurs de la santé et conseils d'administration une information utile sur l'efficacité et le rendement de leurs organismes de gestion au niveau de la gestion.

Deuxièmement, la responsabilité repose en majeure partie sur le système de santé plutôt que sur la personne qui consomme les services de santé. Dans de nombreux cas, ni le particulier, ni le système de santé ne peut être tenu responsable des facteurs et des conditions menant à une mauvaise santé. En même temps, suffisamment de preuves existent selon lesquelles des styles de vie malsains contribuent à diverses formes de cancer, de maladies cardiovasculaires et à d'autres troubles fatals ou chroniques qui créent une pression énorme sur nos ressources de santé. Certains facteurs déterminants de la santé sont fortement influencés par l'environnement physique et social, mais le comportement de la personne est un contributaire puissant. D'autres possibilités existent de réduire les menaces envers la santé et par la même occasion de réduire le lourd fardeau qui pèse sur les ressources de santé. Des mécanismes sont nécessaires si l'on vise à accroître la responsabilité du particulier afin qu'il évite les dangers liés à la santé qui tombent sous son contrôle et qu'il utilise convenablement les ressources de santé.

Équilibre coûts/avantages

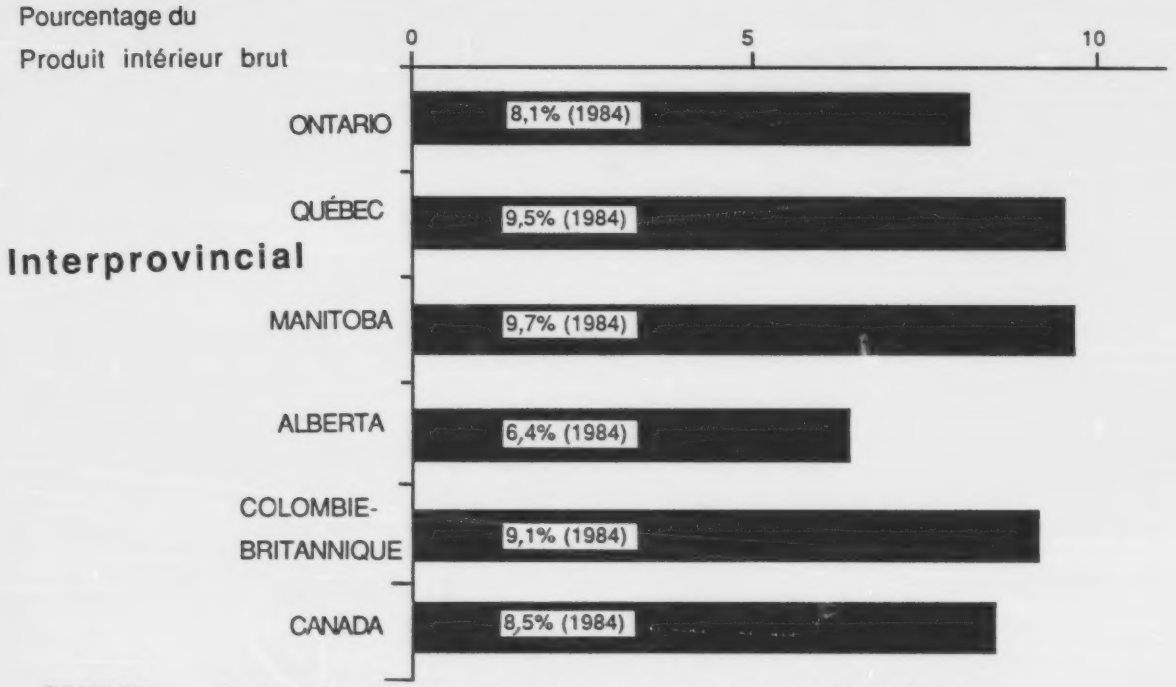
Toute comparaison entre l'équilibre coûts/avantages du système de santé de l'Ontario et celui d'autres provinces ou pays est difficile. L'information disponible sur les dépenses de santé et les indices de santé de l'Ontario et des autres juridictions ne suggère pas que l'Ontario soit atypique. En 1984, l'Ontario a consacré 8,1 % de son produit provincial brut (PPB) aux soins de santé, comparativement à une moyenne de 8,5 % du PPB pour l'ensemble des provinces canadiennes. À l'échelle internationale, les États-Unis, par exemple, ont consacré 10,6 % de leur produit intérieur brut aux soins de santé en 1983 (Voir Tableau 4). Bien que les dépenses de l'Ontario soient considérablement inférieures à celles de nombreuses juridictions, les résultats sur le plan de la santé ne présentent aucune différence marquée. Cependant, des preuves considérables existent voulant que des améliorations supplémentaires au niveau de l'équilibre coûts/avantages de nos services de santé soient susceptibles d'être apportées, tout particulièrement grâce à une utilisation plus judicieuse des services, et notamment en transposant l'importance des services institutionnels vers les services communautaires. Une plus grande attention devrait être accordée à l'évaluation des services de soins actuels, ainsi qu'à d'autres modèles possibles de services de prestation et à l'efficacité de techniques particulières afin d'établir la meilleure ligne de conduite possible pour un niveau donné de dépenses.

Les dispositions de financement actuelles des soins de santé en Ontario n'offrent pas suffisamment d'incitatifs aux fournisseurs de soins pour veiller à ce que les patients soient soignés dans un cadre convenable et qu'ils reçoivent des services de niveau et de durée adéquats. La preuve de soins inadéquats se retrouve partout dans le système de santé de la Province, variant d'admissions inadéquates dans les établissements, à l'usage excessif de médicaments chez

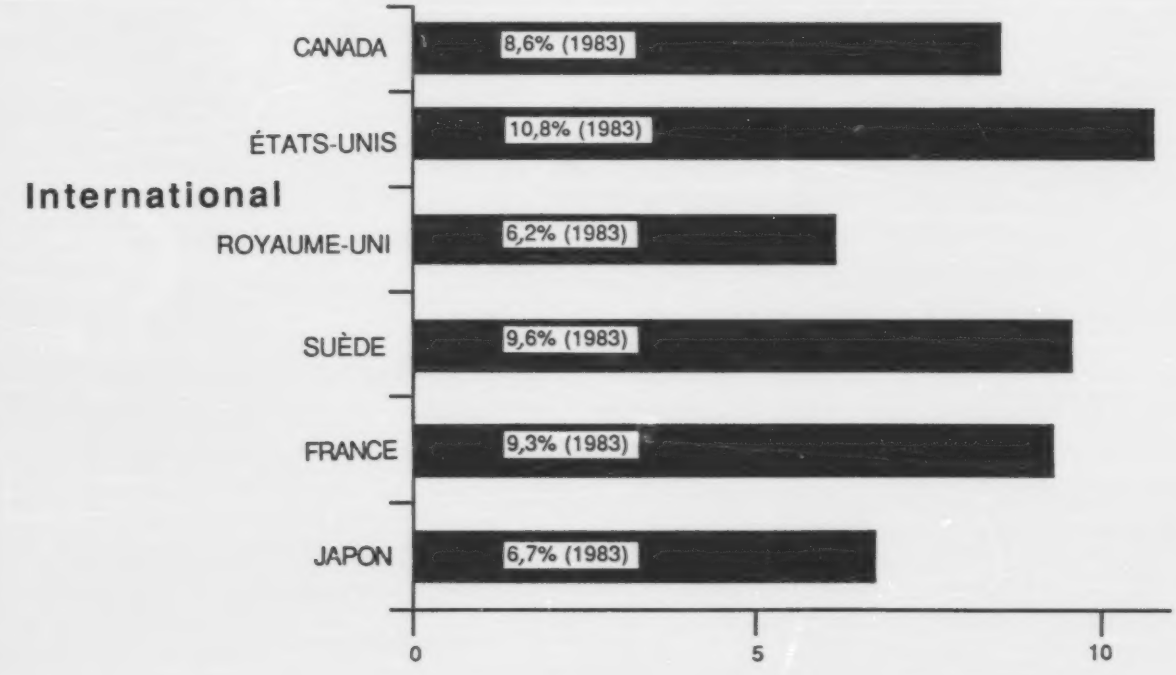
De nombreux patients susceptibles de jouir d'une qualité de vie supérieure dans leur foyer ou par le biais de services communautaires sont en fait traités dans des cadres institutionnels. Les preuves suggèrent qu'une proportion importante des admissions hospitalières pourraient être évitées. La longueur du séjour hospitalier pourrait également être réduite. Certains patients actuellement sous traitement dans des établissements de soins à long terme, y compris dans des foyers d'hébergement et des hôpitaux pour maladies chroniques, pourraient recevoir des soins dans leur foyer avec le niveau convenable de soins à domicile et le soutien de la part des soignants de leur famille. Les soins dispensés sur une base communautaire sont sans doute plus susceptibles d'enrayer les problèmes qui contribuent aux maladies des patients que le traitement administré dans un contexte détaché, institutionnel.

TABLEAU 4

Comparaison des dépenses totales des soins de santé comme pourcentage du produit intérieur brut des juridictions choisies



SOURCE : Santé et Bien-être Canada, Dépenses nationales de santé au Canada, (1975-1985)



SOURCE : Organisation pour la Coopération et le Développement Économique, Évaluation des soins de santé (1960-1983)

Engagement envers l'avenir

Les investissements sur le plan des ressources visant à de maintenir le système de santé actuel prennent priorité dans la plupart des juridictions sur les investissements au niveau des avantages à long terme liés à la santé. D'après nous, certains programmes susceptibes d'engendrer des avantages importants dans l'avenir pour diverses populations, devraient être consolidés, tels que la promotion des styles de vie, l'évitement de l'abus de drogues chez les adolescents et le soutien pour les personnes invalides afin qu'elles mènent une vie indépendante. La qualité de l'environnement continuera d'avoir des répercussions importantes sur la santé. Le système de santé devrait avoir à sa disposition des moyens élargis pour étudier, évaluer et anticiper les effets de la pollution environnementale sur la santé.

Un engagement envers l'avenir demande en outre des investissements accrus dans le domaine de la recherche, non seulement en matière de compréhension de la maladie et des nouvelles formes de diagnostic, traitement et prévention, mais également sur le plan de l'évaluation de meilleures lignes de conduite pour l'organisation, le financement et la prestation de soins de santé et la promotion de la santé. Un grand nombre de contributions de renommée mondiale apportées à la recherche médicale et connexes à la santé émanent des écoles professionnelles et médicales de l'Ontario. Au cours des récentes années, ces écoles se sont trouvées dans une position sans cesse plus difficile lorsqu'il s'agit de maintenir ou d'amorcer des programmes de recherche, fait imputable à une baisse relative de financement tant fédéral que provincial. Quant à la recherche clinique appliquée, il n'existe qu'un nombre limité de sources de fonds. La capacité de combler ces écarts de financement grâce aux «fonds d'enrichissement académique», alimentés par les contributions provenant du revenu de rémunération à l'acte engendré par les médecins attachés aux hôpitaux enseignants, a été surexploitée. Si d'une part, les intentions déclarées du gouvernement de l'Ontario d'allouer plus de fonds à la recherche est une nouvelle bien reçue, de l'autre nous croyons que des fonds accrus, tant publics que privés, alloués à la recherche posent une nécessité dans le cadre de l'engagement de l'Ontario envers l'avenir.

CONCLUSIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Pour récapituler, nous dirons que la majorité des Ontariens jouit d'un niveau de santé élevé. Nous constatons, en outre, que l'Ontario a élaboré un très bon système de santé. Nos conclusions se basent sur de nombreux indices, tant objectifs que subjectifs, qui démontrent que nous avons amélioré la santé de nos habitants et établi un système qui répond à la majeure partie de nos valeurs. De telles réalisations reflètent les investissements importants au niveau des ressources que le gouvernement a consacrés au système de santé, ainsi que la qualité et l'engagement des fournisseurs de soins de santé à travers toute la Province.

Nous oserons dire que la santé des Ontariens et celle du système de santé seraient susceptibles d'être améliorées en s'attaquant aux imperfections exigeant une attention immédiate. C'est avec énergie qu'il faut agir sur les imperfections du système si l'on veut éviter que l'état de santé, ainsi que la qualité et l'équilibre coûts/avantages des soins, ne se détériorent. Nous incitons l'Ontario, en qualité de société, à appuyer les mesures et les investissements à long terme aptes à promouvoir la santé et à améliorer la qualité du système de santé.

III - TROIS QUESTIONS PRINCIPALES

Une longue liste de questions éventuelles à résoudre pourrait être dressée afin de parfaire notre système, si l'on se base sur notre évaluation élevée, mais compétente, de l'état de santé et du système de soins de santé, ainsi que sur les opinions que avons formulées. Le Groupe a décidé cependant de circonscrire son attention à un petit nombre de questions qui occupent un point central. Selon nous, cette stratégie favorisera la possibilité que notre étude débouche sur une discussion focalisée et des résultats tangibles.

Dans le présent chapitre, nous avons sommairement introduit trois questions qui selon nous devraient être abordées. Chaque question est traitée séparément aux Chapitres IV, V et VI.

Nous insistons sur le fait que ces trois questions n'apparaissent pas en ordre de priorité, vu que pour nous elles sont toutes importantes et exige une attention. Nous avons plutôt disposé les questions dans un ordre qui, selon nous, est uniforme avec les valeurs citées au Chapitre I.

RENFORCER LE RÔLE DU PARTICULIER SUR LE PLAN DE LA SANTÉ ET DES SOINS

La question

L'Ontario n'a pas prêté suffisamment d'attention au rôle du particulier sur le plan de la santé et des soins. En d'autres termes, nous ne possédons pas une compréhension claire de l'équilibre judicieux entre les contributions du particulier à la bonne santé et aux soins et celles du gouvernement et des fournisseurs de soins.

Une focalisation sur l'équilibre judicieux entre les rôles des particuliers et des fournisseurs pourrait contribuer à réduire l'écart grandissant constaté entre la demande de services et la disposition des ressources. Nous n'encourageons pas des politiques ou des attitudes qui «blâment la victime» d'être malade ou qui engendreraient d'autres iniquités en matière de soins entre les riches ou les pauvres ou divers groupes avantagés ou désavantagés en Ontario. Nous avons plutôt tenté dans le cadre actuel de prendre comme fondation les activités de promotion de la santé, les propositions relatives aux droits des patients, les efforts déployés par les fournisseurs de soins en vue de devenir plus responsables par le biais de programmes d'assurance-qualité et de d'autres moyens susceptibles d'aider à forger une relation plus active et équilibrée entre le fournisseur et le consommateur particulier. Nous nous attachons également aux droits et

responsabilités du professionnel particulier de la santé dans le cadre de sa relation avec l'hôpital ou un autre organisme de services de santé, du consommateur et des autres professionnels.

Nos valeurs

Compte tenu de nos valeurs, l'**équité**, tant sur le plan de l'accessibilité des soins que sur celui d'un meilleur état de santé, serait susceptible d'être accrue grâce à une meilleure compréhension des besoins, des droits et des responsabilités individuelles des particuliers. Une focalisation sur le fournisseur et le particulier donnerait le pouvoir à la personne d'exercer un **choix informé** concernant sa propre santé et les options de santé au sein de la collectivité. C'est en insistant sur l'équilibre entre les fournisseurs et la personne que l'on pourra mettre en œuvre des mécanismes de **responsabilité** plus puissants.

ÉTABLIR UNE LIAISON ENTRE LES ÉLÉMENTS PROPRES À LA PRESTATION DES SOINS ET ACCORDER UNE IMPORTANCE ACCRUE AUX SOINS AMBULATOIRES ET COMMUNAUTAIRES

La question

L'Ontario n'a pas accordé suffisamment d'importance, ni au fait d'établir une liaison entre les éléments de la prestation des services de santé, ni à la prévision des services dans les cadres ambulatoires et communautaires. Ces imperfections ont engendré un certain nombre de problèmes. Une concentration excessive des ressources de santé existe dans le secteur des soins institutionnels, des hôpitaux et des établissements pour malades chroniques. On constate une utilisation inadéquate des lits de patients souffrant de maladies aiguës et à long terme, sous forme d'admissions non nécessaires et de séjours prolongés inutiles. Nous avons relevé une séparation des soins aux malades hospitalisés des autres types de services de santé dispensés au sein de la collectivité, ainsi qu'un soutien insuffisant en matière de traitement dans la

Un système de prestation de soins qui continue de dépendre fortement de formats institutionnels de prestation de services engendrera des soins plus onéreux qui souvent manquent de répondre aux besoins et préférences des particuliers. Certaines possibilités de prévenir la maladie et de réduire le besoin de services onéreux continueront d'être manquées. En outre, à moins que l'importance accordée aux soins de santé soit transposée au niveau des services

communautaires, il est douteux que le système de soins aura la souplesse et la capacité de répondre aux futurs besoins des personnes âgées à la santé précaire, des handicapés physiques et congénitaux et des malades chroniques.

Nos valeurs

Dans le cadre de nos valeurs, la **qualité** des soins serait susceptible d'être améliorée si l'on accordait une importance accrue au traitement et à la prévention sur une base intégrée. L'**intégralité** de notre système de soins serait rehaussée si les particuliers avaient un meilleur accès à des soins convenables plus près de leur domicile sans avoir à se rendre à des établissements éloignés. L'**équilibre coûts/avantages** des systèmes de santé et connexes serait amélioré par le biais de soins ambulatoires et communautaires qui minimiseraient les dépenses très élevées en immobilisations et d'exploitation associées aux soins institutionnels des

RÉALISER UNE STRATÉGIE DE SANTÉ EN ONTARIO

La question

L'Ontario n'a pas été en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie généralement comprise et acceptée en matière de santé. En d'autres termes, de nombreuses autres questions importantes, et notamment les deux questions décrites ci-dessus, ne peuvent pas être résolues sans qu'un meilleur processus soit mis en œuvre sur le plan de la planification et de la gestion du système de soins et des activités connexes touchant notre santé. Selon nous, un processus de planification amélioré et une meilleure stratégie nous forceraient à relever ce défi, à rechercher d'autres solutions et à prendre de fermes décisions.

Nos valeurs

Nous croyons que l'ensemble de nos valeurs, et en particulier l'engagement envers l'avenir, sera plus efficacement respecté si une stratégie en matière de santé pour l'Ontario était élaborée. Sans une stratégie largement bien comprise par les particuliers, les collectivités, les fournisseurs et le gouvernement, il s'avérera difficile de mobiliser les ressources et l'engagement nécessaires si l'on veut être à la hauteur des besoins de santé changeants, tels que mentionnés dans le cadre des deux questions précédentes.

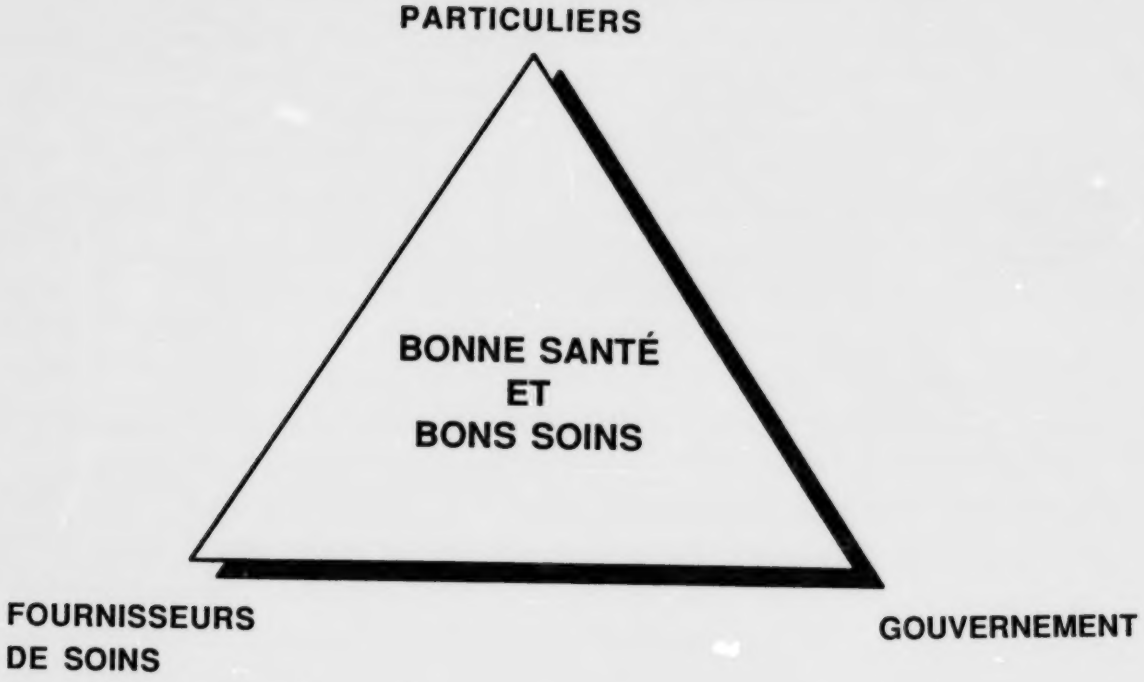
REMARQUES FINALES

Les trois questions choisies sont étroitement liées. Elles engagent nos valeurs, les réalités économiques actuelles et les pressions incitant au changement. Prises ensemble, elles proposent une orientation pour la santé en Ontario et un contexte dans lequel les particuliers, les fournisseurs de soins de santé et le gouvernement seraient en mesure d'aborder des problèmes plus particuliers, tel qu'illustré au Tableau 5.

TABLEAU 5

GROUPE D'ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

LA SANTÉ EN ONTARIO : VERS UNE ORIENTATION COMMUNE



IV - RENFORCER LE RÔLE DU PARTICULIER SUR LE PLAN DE LA SANTÉ ET DES SOINS

LA QUESTION

C'est à partir des besoins des particuliers que doivent naîtrent les nouvelles orientations sur le plan de la santé et des soins de la santé. Il est nécessaire de faire entrer en ligne de compte les droits des personnes à vivre dans un environnement sain et d'avoir accès à un éventail convenable de services de haute qualité. Ces droits devraient être équilibrés avec la responsabilité du particulier de participer au développement d'un milieu sain et d'utiliser à bon escient les ressources de santé précieuses. Les fournisseurs de soins et le gouvernement ont un rôle important lorsqu'il s'agit de mettre à la portée des particuliers la possibilité d'exercer ces

CONTEXTE

Les systèmes de santé au Canada et dans des autres sociétés industrialisées ont atteint un stade où les attentes, tant de la part des particuliers que des fournisseurs, font peser des contraintes sur les ressources financières de la société. D'énormes dépenses sont engagées dans le secteur des soins terminaux «héroïques» et des nouvelles technologies, tels que les greffes d'organes, les organes artificiels, les systèmes de maintien des fonctions vitales et d'autres interventions complexes. Certaines de ces mesures sont requises par les patients et les familles, mais bien des fois, les décisions touchant les soins dispensés au particulier sont prises par le fournisseur de soins. Renforcer le rôle du patient particulier dans le cadre du processus de prise de décision est une chose souvent difficile, vu que de nombreuses «décisions» sont caractérisées par un choix clinique judicieux que le praticien conseille vivement au patient. Quoiqu'il en soit, les consommateurs de services de soins démontrent un intérêt croissant à être mieux informés et à participer aux décisions touchant leur santé. Une accessibilité accrue à l'information devrait amener la relation entre le fournisseur et le patient plus près d'une véritable association.

L'occasion donnée au particulier de prendre des décisions touchant sa santé se prolonge outre les services de santé. Les décisions quant au style de vie et aux risques pris influencent fortement la santé. Des facteurs, échappant souvent au contrôle du particulier, tels que le revenu, le niveau d'éducation, l'emploi, le logement et la situation familiale, sont également susceptibles d'influencer matériellement la santé. En Ontario, des disparités d'ordre régional, la plus frappante étant la différence sur le plan de l'état de santé entre les habitants des diverses régions de l'Ontario, se constatent. Il importe de relever ces disparités, d'en comprendre leurs

régions de l'Ontario, se constatent. Il importe de relever ces disparités, d'en comprendre leurs causes et de donner la possibilité aux particuliers d'assumer, dans la mesure du possible, le contrôle des choses qui touchent leur santé.

Notre discussion concernant le particulier reconnaît par conséquent non seulement les droits et les responsabilités de celui-ci dans le cadre de la prise de décision, mais également le fait que les forces de la société exercent de fortes pressions sur le particulier lui-même, ce qui souvent rend ce processus difficile.

ENVERGURE DE LA QUESTION

Nous nous penchons sur trois secteurs particuliers dans le cadre de cette question. Premièrement, nous examinons la relation que le particulier entretient avec les éléments classiques du système de santé. Une compréhension accrue des questions de santé chez le particulier est un facteur important dans le cadre de cette relation, afin d'établir un lien plus équilibré avec le fournisseur et de faciliter un choix informé sur le plan de l'utilisation des services. Deuxièmement, nous nous penchons sur la relation du particulier avec le milieu physique et social. Dans ce secteur, nous intégrons l'environnement physique général (c.-à-d., réduction de la pollution de l'air et des eaux) et le lieu de travail (c.-à-d., réduction de l'exposition aux produits chimiques dangereux). Le milieu social englobe la situation économique, les attitudes de la société concernant la santé et les soins, le lieu géographique en Ontario et l'appui que le particulier reçoit de la collectivité. En dernier lieu, nous cherchons à découvrir les possibilités qui s'offrent au particulier de modifier son comportement personnel afin de réduire les dangers auxquels il s'expose de lui-même sur le plan de la santé. Font partie de ce secteur des lignes de conduite qui appuient des choix de styles de vie sains (p. ex., cessation du tabagisme) et qui aident à perfectionner des compétences personnelles afin que le particulier atteigne son plein potentiel.

BUTS POUR LE PARTICULIER

À titre de préambule aux buts que nous proposons pour le particulier, nous accordons notre appui aux droits fondamentaux de la personne de recevoir des soins, de refuser tout traitement, de maintenir la confidentialité de l'information, et en ce qui a trait à d'autres considérations de base. Nous croyons également que les patients devraient avoir le droit d'accès aux fournisseurs ou (et) organismes de soins de leur choix.

Dans le cadre général de l'ensemble des valeurs fondamentales que nous avons stipulées au Chapitre I et du préambule énoncé ci-dessus concernant les droits des patients, nous proposons les trois buts repris ci-dessous.

Appuyer des choix sains sur le plan de la santé

Les Ontariens deviennent sans cesse plus conscients et intéressés aux résultats positifs découlant de choix sains sur le plan du style de vie, en ce qui a trait par exemple au régime alimentaire, à la consommation d'alcool ou de tabac, à l'exercice et au contrôle du stress. Les politiques devraient s'attacher à appuyer les choix du particulier dans ces domaines. Nous devrions également reconnaître qu'un changement positif au niveau du comportement individuel est plus susceptible de se produire si des mesures sont prises pour rendre le changement plus pratique et plus acceptable sur le plan social. Une fois que les éléments déterminants d'ordre social et psychologique des choix de styles de vie malsains sont saisis, les choix deviennent plus

Appuyer le choix informé du patient et de la famille

Dans le cas du client des services de soins, le choix informé est appuyé par une autonomie individuelle sans cesse croissante visant à établir une association plus équilibrée entre le particulier et le fournisseur de soins. Le droit d'une personne de poser des questions, de chercher d'autres solutions à un traitement recommandé, de participer activement à la prise de décision et de juger les résultats des services de soins, devrait être appuyé. L'existence de choix véritables pour le client de services (p. ex., diverses formes de soins pour les personnes âgées) constitue une condition nécessaire pour de telles décisions.

Veiller à un usage convenable du système

Toute personne devrait être garantie de recevoir des soins convenables et de haute qualité pour une maladie donnée, un problème particulier ou un besoin précis et ce, dans un milieu responsable. Veiller à ce que toute personne jouisse d'une indépendance de vie maximum est une valeur clé intrinsèque à ce but. Les rôles de la famille et de la collectivité locale sont cruciaux lorsqu'il s'agit d'appuyer cette indépendance dans un milieu responsable. Toute personne devrait également pouvoir utiliser notre système de santé dans la pleine mesure nécessaire pour réaliser le potentiel maximum, tout en faisant appel de façon convenable aux ressources de santé.

Confiance générale

Notre intention globale est de donner aux particuliers et à leur famille les pouvoirs nécessaires qui leur permettraient de réaliser leur plein potentiel en matière de santé. Dans le cas du client de services de soins, notre intention générale est d'établir entre le particulier et le fournisseur de soins une association au niveau décisionnel quant au traitement et au diagnostic de santé et en ce qui a trait à l'usage convenable des ressources de santé.

MESURES POSSIBLES

Comment pouvons-nous atteindre ces buts? Dans les quelques pages qui suivent, nous nous proposons de présenter un éventail de mesures possibles qui se fondent sur notre système actuel. Nous croyons que chacun de ces concepts a ses mérites, bien que certains d'entre eux exigent une élaboration, une analyse ou une démonstration plus poussées.

Appuyer des choix sains sur le plan de la santé

Compte tenu d'un effort coordonné de la part du gouvernement, du secteur privé, des travailleurs, des collectivités locales et des particuliers, les mesures suivantes sont susceptibles d'être prises afin d'appuyer les choix sains sur le plan de la santé que prend le

- Restriction du tabagisme au lieu de travail.

- Adoption d'ici peu de la loi relative au droit de savoir pour les travailleurs et la collectivité en ce qui a trait aux matériaux dangereux utilisés, produits ou rejetés en Ontario.

- Élaboration de programmes particuliers s'adressant aux magasins d'alimentation et aux restaurants, visant à aider les particuliers à faire des choix alimentaires sains sur le plan de la santé.

- Élaboration de programmes, telle que la campagne visant à réduire la conduite avec des facultés affaiblies, qui engagent plus d'un échelon de gouvernement et plus d'un ministère.

- Des programmes d'étude dans les écoles plus approfondis sur la santé .

- Une information de base sur la santé compilée sur diverses maladies, divers troubles, traitements, dangers environnementaux, choix de styles de vie, etc.

Appuyer un choix informé du particulier et de sa famille en ce qui a trait aux services de santé

Plusieurs démarches sont susceptibles d'être entamées pour appuyer le choix informé :

- Études périodiques sur les fournisseurs quant à la satisfaction des patients.

- Moyens bien annoncés dans les établissements des fournisseurs et les organismes pour que les patients puissent déposer leurs plaintes.

- Information plus abondante sur l'état de santé par le biais de mécanismes, tels que ceux repris ci-dessous :

    - Pleine accessibilité, sur demande des patients, à leur dossier médical.

    - Agendas personnalisés de santé, rédigés et mis à jour par les professionnels des soins, que les patients conserveraient.

- Information accrue sur les services offerts grâce aux moyens suivants :

Accès à l'information quant au lieu de prestation des services agréés et aux compétences des professionnels.

- Accès à l'information, quant aux options offertes en matière de soins aux malades hospitalisés et de services communautaires, pour les personnes âgées, les handicapés congénitaux et les malades mentaux.

- Accès à l'information quant aux autres organismes de prestation de soins, ainsi que sur leurs avantages et limitations éventuels.

- Lignes téléphoniques pour intervention d'urgence dans les services d'urgence de tous les hôpitaux principaux pour l'information relative aux mesures antipoisons et aux autres urgences.

- Information écrite, prévue avec chaque ordonnance initiale, sur les effets secondaires possibles, les contre-indications éventuelles et les autres faits importants le cas échéant.

- Connaissance de la part du patient du nom de tous les professionnels engagés directement dans les soins qui lui sont administrés.

• La fonction d'orientation de la part des diverses associations professionnelles de soins de santé, des écoles et des collèges professionnels auto-régulatoires lorsqu'il s'agit d'encourager leurs professions respectives à appuyer l'autonomie croissante et l'engagement actif des particuliers au niveau des décisions touchant la santé et les soins.

• Acceptation d'une documentation préalable portant sur les choix du particulier en ce qui a trait à l'usage de systèmes de maintien des fonctions vitales et aux mesures «héroïques» en cas de maladie en phase terminale ou d'accident catastrophique.

Veiller à ce que les particuliers utilisent convenablement le système

La disposition de droits devrait être liée à l'acceptation de responsabilités. Dans le cadre de notre système de santé d'accessibilité universelle, les particuliers devraient considérer qu'il relève de leur responsabilité d'utiliser convenablement le système de santé. Nous insistons sur la prudence dans ce domaine, car nous ne désirons pas décourager la personne malade de chercher à se faire traiter ou de réduire l'égalité d'accès à notre système pour les pauvres ou les autres personnes désavantagées. Nous nous sommes débattus quoiqu'il en soit avec la question de l'abus perçu des services de soins de la part des patients : visites inutiles aux salles d'urgence et aux cabinets de médecins, consultations et travaux de recherches multiples excessifs pour le même problème et d'autres questions analogues.

Responsabilité du patient

Dans le présent contexte, des suggestions ont été formulées quant aux mesures financières susceptibles de renforcer la responsabilité du patient au niveau de l'utilisation convenable des ressources de santé. À titre d'exemple, si le patient demeure dans l'hôpital après qu'il soit prêt à sortir du service, il est alors raisonnable de s'attendre à ce que le patient et sa famille accepte la responsabilité quant aux frais de table et logement, à la condition qu'un préavis suffisant ait été donné, que les modalités de sortie aient été duement expliquées et qu'un programme de soins ultérieurs existe.

Nous avons également conseillé que l'information concernant le coût total de tous les services de soins utilisés par le patient soit mise à la disposition de celui-ci et du fournisseur de soins. Alors que cette information peut avoir une certaine valeur pour rehausser la gestion des ressources que pratique le fournisseur, il est douteux qu'elle aura un effet sur le comportement relatif à l'utilisation des services chez le patient.

Au-delà de ces deux mesures, nous ne sommes pas parvenus à nous entendre sur des mesures financières supplémentaires visant à accroître la responsabilité du patient pour qu'il utilise convenablement les services et ce, pour deux raisons. En premier lieu, l'envergure de l'usage abusif n'est pas suffisamment bien documenté. Les témoignages suggèrent que même la définition de ce qui constitue un usage abusif n'est pas uniforme parmi les fournisseurs de soins. Deuxièmement, ce qui apparaît aux yeux de certains fournisseurs de soins comme un usage frivole du système, peut représenter un souci sincère chez le patient et sa famille. En outre, ce

que le gouvernement entend par usage abusif ou excessif de certaines procédures de diagnostic ou de traitement de la part de fournisseurs peut être considéré comme convenable par les fournisseurs en ce qui a trait aux besoins du patient. En dernier lieu, la plupart des mesures conseillées pour accroître la «responsabilité» du client, tels que l'assurance conjointe, les frais d'utilisateur et les systèmes de remboursement d'impôts, se fondent sur la croyance qu'une participation financière plus directe du particulier engendrera un usage plus responsable des services. La question demeure, à savoir si de tels mesures ne seraient pas susceptibles par la même occasion de dissuader les particuliers à rechercher les services nécessaires au bénéfice d'un avantage financier. En outre, ces propositions placent une partie du fardeau des coûts des soins sur les particuliers qui sont malades, ce qui contardictoire avec le principe de base du système d'assurance-maladie au Canada.

Rôle du fournisseur

Le contrôle de l'accès aux services repose surtout sur les fournisseurs de soins. Le fournisseur, qu'il soit un professionnel, un organisme ou un établissement, se trouve tiraillé entre les droits et les attentes des patients d'une part, et le souci des gouvernements à limiter

L'attention actuelle accordée au contrôle de l'accès met en relief les responsabilités du fournisseur tout en accordant moins d'importance à ses droits. Cependant, le respect des droits du fournisseur individuel peut s'avérer nécessaire pour motiver le niveau élevé de professionnalisme auquel on s'attend de la part du personnel de la santé et pour appuyer les buts énoncés des professions auto-régulatoires.

Nous acceptons le principe de libre choix à l'endoit du fournisseur, lorsqu'il s'agit de desservir les patients. Ce principe, toutefois, est assujetti à certaines contraintes. En premier lieu, le fournisseur à le devoir de s'assurer que d'autres soins au choix sont à la disposition du patient. Deuxièmement, les professionnels qui acceptent des emplois salariés, peuvent voir leurs choix limités conformément à des conditions d'emploi mutuellement acceptées exigeant qu'un service soit obligatoirement dispensé à tous les patients admis dans l'organisme ou l'établissement.

Tous les professionnels de la santé devraient avoir le droit et la responsabilité d'auto-régulation, qui inclut le concept de responsabilité du public. Tous les professionnels devraient avoir le droit à un comité d'examen de ses collègues, ainsi qu'à un processus de plainte et disciplinaire qui protègerait tant le droit du patient à la confidentialité que la réputation d'un professionnel d'une diffamation injuste.

Tous les professionnels de la santé ont à la fois le droit et la responsabilité de pratiquer selon un code déontologique et d'exercer le meilleur jugement professionnel qu'ils considèrent être dans l'intérêt du patient. Par la mlme occasion, les professionnels de la santé devraient reconnaître une responsabilité lorsqu'il s'agit de maintenir l'équilibre coûts/avantages dans la sélection des procédures de diagnostics et de traitement ou des interventions thérapeutiques.

Interactions entre les fournisseurs

Une autre dimension du rôle du fournisseur individuel se retrouve au niveau des interactions entre les divers professionnels de la santé, susceptibles de dispenser des services au(x) même(s) patient(s). De façon analogue, nous devrions également nous concentrer sur l'interelation entre le praticien et l'établissement dans lequel il œuvre. Prenons à titre d'exemple, les efforts que les hôpitaux déploient pour garantir la qualité et l'équilibre coûts/avantages et qui sont très souhaitables. On peut s'attendre, néanmoins, à que de tels efforts engendrent un conflit chez le professionnel qui tente de dispenser des soins de la plus haute qualité tout en ayant à se soucier des coûts. Notre préoccupation principale s'attache au besoin d'encourager une collaboration efficace et de réduire toutes tensions entre les groupes de façon à répondre aux besoins du patient d'une part, et de l'autre à maintenir un environnement

Les nombreux praticiens individuels qui dispensent des services se retrouvent à titre d'associés dans un système qui demande à la fois des soins de qualité élevée et un usage équilibré sur le plan coûts/avantages de nos ressources de santé. En même temps, les corps professionnels cherchent à maintenir ou à rehausser leur sens d'indépendance professionnelle vis-à-vis des sources de financement gouvernementales, établissements et parfois vis-à-vis d'eux-mêmes. Inévitablement, des conflits parmi les professions et au sein de celles-ci sont susceptibles d'être engendrés sous l'effet de telles exigences. Au même titre, des conflits entre les professionnels et le gouvernenment peuvent se produire. Par conséquent, des mécanismes adéquats doivent être trouvés pour inciter la résolution de telles divergences.

Nous pensons que la responsabilité de devenir plus efficaces à poursuivre la réalisation d'un équilibre sur le plan des exigences concurrentielles placées à l'endroit des professionnel de la santé, soit individuellement soit en groupe, incombe tant au gouvernement qu'aux fournisseurs de soins. Les programmes d'accréditation, par exemple, devraient incorporer les attentes relatives aux mécanismes efficaces sur le plan de la consultation et de la communication interne.

Pour récapituler, il est nécessaire de maintenir l'équilibre fragile entre les droits et les responsabilités des divers corps professionnels dans le cadre du rôle du professionnel indépendant, à la fois en qualité de soignant et de garde-barrière.

CONCLUSIONS

Après avoir examiné dans le présent chapitre de notre rapport le rôle du particulier sur le plan de la santé et des soins, nous en tirons les conclusions suivantes :

- Les attentes s'accroissent sur le plan des droits au sein du système de santé, de la part de particuliers et des familles comme patients et de la part des professionnels individuels dispensateurs de services.

- Le particulier possède des droits et des responsabilités qui devraient être compris dans le cadre des limites imposées par des facteurs échappant au contrôle du

- La santé du particulier devrait être considérée non seulement en relation avec les éléments classiques du système de santé, mais également en relation avec le milieu physique et social et avec les possibilités de réduire les dangers sur le plan de la santé que le particulier s'impose lui-même.

- Plusieurs méthodes existent lorsqu'il s'agit d'appuyer des choix sains sur le plan de la santé chez les particuliers et d'encourager leur capacité à faire des choix

- Nous avons trouvé relativement que peu de mesures tangibles et acceptables en vertu desquelles les droits des patients sont susceptibles d'être équibrés avec les responsabilités de ceux-ci qui s'y rattachent en vue d'exercer un usage judicieux des services et de partager le problème général sucité par un contrôle des coûts raisonnable. Tout particulièrement, nous ne sommes pas arrivés à nous entendre sur une participation directe du particulier au niveau des services qui inciterait une utilisation responsable des services ou un contrôle des coûts.

- En l'absence d'incitatifs financiers aux patients pour l'usage responsable des services, le contrôle de l'accès aux services retombe principalement sur le fournisseur de soins. Les responsabilités du fournisseur dans ce secteur ont été mises en relief en accordant une attention moindre aux droits de celui-ci.

- Il existe une base de conflit éventuel entre les groupes en ce qui concerne les droits (p.ex., entre les professionnels de la santé et les fournisseurs individuels et les institutions qui gèrent la prestation des services).

Le manque d'incitatifs au sein du système de santé actuel qui permettraient aux patients, fournisseurs et gouvernement de se répartir de façon plus équitable le défi des attentes et des dépenses réalistes indique un besoin urgent de rechercher d'autres mécanismes susceptibles de relever le défi. Nous présentons dans les deux prochains chapitres des mécanismes financiers et d'organisation en guise de choix et une méthode pour que toutes les parties intéressées participent à l'élaboration d'une stratégie en matière de santé et de soins, qui présentent la perspective d'une collaboration accrue et de conflit réduit.

V - METTRE EN LIAISON LES ÉLÉMENTS PROPRES À LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET ACCROÎTRE L'IMPORTANCE ACCORDÉE AUX SOINS AMBULATOIRES ET COMMUNAUTAIRES

LA QUESTION

Les fournisseurs de soins sont arrivés à un point tournant. D'une part, ils subissent des attentes sans précédentes émanant du patient individuel à la recherche de soins de la plus haute qualité, à la fois complets et accessibles. D'autre part, le souci du gouvernement en ce qui a trait à notre système de santé publiquement assuré est de contenir la grande partie des dépenses provinciales engagée à la santé.. En même temps, le gouvernement doit réagir aux pressions visant l'élargissement du budget de santé afin de prévoir une utilisation plus forte, une technologie nouvelle et un plus grand nombre d'établissements pour patients hospitalisés, et en particulier pour les soins à long terme. En nous basant sur notre analyse de l'information en provenance de l'Ontario et d'autres juridictions, nous en arrivons à la conclusion que de déployer des efforts pour ralentir la croissance des budgets de santé se révèlera une vaine tentative, sauf si de nouveaux incitatifs et de nouvelles dispositions d'organisation sont trouvés pour rendre l'usage des ressources actuelles plus efficace. Bref, les professionnels de la santé, les établissements de soins et le gouvernement sont confrontés par un double défi, à savoir la prestation du niveau le plus convenable de soins selon un équilibre coûts/avantages optimal.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

Le Groupe est d'avis qu'il existe une possibilité susceptible d'améliorer la santé et les soins en Ontario en adoptant certaines lignes de conduite en matière de financement et de dispositions d'organisation qui accorderaient une importance plus soutenue aux soins dispensés dans des cadres ambulatoires et communautaires et qui amélioreraient la liaison entre les divers échelons des services de santé et des services sociaux connexes. De tels soins, nous croyons, deviendraient plus accessibles à l'usager et offriraient une plus grande promesse de contribuer à la qualité de la vie, ainsi qu'à la qualité de la santé du particulier. Le Groupe, dans le cadre de son choix des lignes de conduite en matière de financement et d'organisation, a fait intervenir les principes suivants :

- Veiller à ce que les professionnels de la santé et les établissements de soins promouvoient la santé et aident le particulier à réduire les risques sur le plan de la santé.
- Veiller à ce que les services convenables soient dispensés dans un cadre convenable.
- Offrir un choix en matière de prestation de soins, tant aux particulierx qu'aux fournisseurs.
- Découvrir le potentiel sur le plan de l'innovation, à la fois au sein du système actuel et par le biais de nouvelles dispositions de prestation.

LIGNES DE CONDUITE EN MATIÈRE DE FINANCEMENT

Des incitatifs sont susceptibles d'être établis grâce à des lignes de conduite en matière de financement et ce, tant au sein du système de financement actuel que par le biais de mécanismes de financements polyvalents.

Mécanismes de financement actuels

Dans le cadre du régime actuel de l'OHIP, caractérisé par la formule de remboursement sur une base de rémunération à l'acte des médecins et le financement des hôpitaux par le biais de budgets globaux, les lignes de conduites suivantes pourraient être instituées :

- Des incitatifs accordés aux médecins et hôpitaux pour qu'ils administrent des tests et des traitements et exécutent des interventions sur une base de consultation externe. En ce a trait aux procédures susceptibles d'être effectuées, soit sur une base de consultation externe soit sur une base d'hospitalisation, des incitatifs pourraient être octroyés en fixant un remboursement hospitalier et des honoraires professionnels à un niveau plus élevé lorsqu'il s'agit de procédures exécutées sur une base de consultation externe.
- Des primes à l'intention des médecins pour qu'ils offrent des heures de consultation à leur cabinet le soir et pendant les fins de semaines. On peut s'attendre à ce que cet incitatif engendre une accessibilité accrue, réduise la pression pesant sur les salles d'urgence et enraye l'incommodité et les difficultés imposées aux patients

ayant des difficultés à se rendre au cabinet du médecin pendant les heures normales de bureau.

- Remboursements stimulants aux médecins de famille, analogue au programme d'encouragement des soins ambulatoires, qui actuellement s'applique uniquement aux soins dispensés dans les Organisations de services de santé.

- Incitatifs aux médecins susceptibles d'offrir une consulation sur le plan de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.

- Primes aux médecins offrant des services dans des régions éloignées ou partiellement desservies.

- Pénalités de remboursement à l'endroit des hôpitaux et des médecins, si des patients hospitalisés à des fins d'évaluation de diagnostic ou de chirurgie ne reçoivent pas la procédure indiquée après deux journées d'hospitalisation. Dans la mesure où une planification soigneuse pourrait intervenir, des délais justifiés seraient susceptibles d'être indeminisés.

- Pénalités de remboursement à l'endroit des hôpitaux et des médecins si le séjour du patient se prolonge au-delà des prévisions au terme d'une liste professionnelle choisie de catégories de diagnostics, correspondant au type et à la gravité de l'affection.

- Incitatifs pour le progrès des services de santé qui engendrent un usage plus efficace des ressources de santé (p. ex., tests préhospitalisatoires, programmes contre l'abus de d'alcool et des dogues, services d'hospice, programme de soutien aux employés, polyvalence des centres d'accouchements).

Mécanismes de financement polyvalents

Comme solution de substitution au système de financement, les fournisseurs de soins, notamment les professionnels de la santé et les établissements de soins, peuvent être remboursés par le biais de paiements par habitant. En vertu de cette méthode, le fournisseur reçoit des honoraires fixes en guise de paiement par habitant pour des services de santé qu'un patient particulier est susceptible de consommer au cours d'une période donnée. Les paiements

effectués sur un rapport d'habitant ne sont pas liés à la quantité de services qu'un patient utilise au cours de cette période, bien qu'ils puissent varier selon les critères de risque, tels que l'âge et l'état de santé. Les paiements par habitant peuvent être institués pour financer des services à plusieurs niveaux :

- Pour rembourser les services de soins primaires (p. ex., les services d'un médecin de famille et d'autres professionnels de la santé de première ligne). Cette méthode est employée pour rembourser les Organisations de services de santé (OSS). Le financement de telles organisations permet également l'inclusion de services de médecins spécialistes.

- Pour rembourser les organismes de soins qui intègrent des soins primaires avec des services de spécialistes et de soins hospitaliers. Cette disposition est reflétée dans le concept d'une Organisation de services de santé complets, dont on parle dans la partie suivante du présent chapitre. Cette méthode se retrouve également au sein des organisations d'entretien de la santé aux États-Unis.

Les méthodes de remboursement formulées selon un rapport par habitant offrent l'option de contrôler la somme payée pour les soins. Elles donnent aux fournisseurs de soins des incitatifs en vue de réaliser une utilisation convenable des services, récompensent ceux qui accordent une importance accrue à la médecine préventive et la promotion de la santé et optimisent l'usage de la part du patient de services spéciaux et hospitaliers onéreux. Ces méthodes encouragent par la même occasion des combinaisons efficaces de professionnels sur le plan de la prestation des services, vu que le paiement n'est pas directement lié au fournisseur du service.

Comme risque éventuel, le fournisseur pourra adopter des pratiques d'inscription sélectives pour attirer des patients en bonne santé et décourager ceux qui sont malades. Ce risque est susceptible d'être minimisé grâce des techniques visant à surveiller à la fois l'état de santé de ceux qui sont inscrits et les méthodes d'incription.

Aucune ligne de conduite unique

Dans le cadre de ces méthodes de financement éventuelles et de d'autres méthodes, il importe de souligner qu'aucune ligne de conduite unique ne répondra à tous les besoins. Les fournisseurs de soins devraient plutôt être libres de choisir la méthode en vertu de laquelles ils préfèrent exercer. Les consommateurs devraient également être conscients des diverses options offertes et des avantages et limitations éventuels inhérents de chaque méthode.. Des méthodes à travers l'Ontario et formulées sur une base mixte de rémunération à l'acte, budget global et paiement par habitant peuvent constituer une gamme de choix bien assortie aux divers besoins des consommateurs et des fournisseurs.

DISPOSITIONS D'ORGANISATION

Vu le souci concernant le caractère de séparation du système de prestation des soins, l'attention devrait être dirigée vers des dispositions d'organisation qui rehaussent le service dispensé au particulier par le biais de mécanismes de liaison entre les divers échelons de soins et les service de santé et sociaux. Les options soulignées ci-dessous illustrent bien le potentiel d'innovation.

Organisations pour établir une liaison entre les soins primaires et secondaires

Des groupes de fournisseurs et d'organismes de soins pourraient être établis pour mettre en liaison les soins primaires et secondaires. De tels groupes ou organisations pourraient être financés par le biais de divers mécanismes, notamment selon des formules actuelles de budget global et de rémunération à l'acte, ainsi que de paiement par habitant. De telles organisations de soins pourraient également être mises sur pied par différents parrains éventuels, notamment les hôpitaux et les organismes professionnels actuels, telles que les sociétés médicales locales.. Citons à titre d'exemples :

- L'exercice en groupe multispécialisé met en liaison les soins primaires et secondaires par l'entremise de plusieurs spécialistes médicaux pour faciliter la coordination des services requis par le particulier. Cette disposition peut se retrouver à la fois au niveau des pratiques sous rémunération à l'acte et des Organisations de services de santé.

- L'Organisation de services de santé complets (OSSC) est une ligne de conduite qui amènerait l'Organisation des services de santé actuelle à un échelon au-delà des soins primaires, pour y intégrer les soins hospitaliers et offrir une gamme complète de soins de spécialistes, tous en vertu d'un remboursement par habitant. L'avènement des Organisations de services de santé complets pourrait suivre au mois un des quatre scénarios suivants possibles. Une OSSC pourrait commencer à partir d'une organisation de services de santé actuelle, qui ajoute des à sa gamme de services des soins hospitaliers. Une OSSC pourrait être mise sur pied à partir d'un hôpital actuel, dans lequel une clinique de soins primaires est mise sur pied. Les OSSC pourraient enterprendre la fusion de plusieurs hôpitaux actuels avec les OSS ou pratiques de groupe actuelles. De façon concevable, les OSSC pourraient être de toutes nouvelles organisations, possiblement dans des régions partiellement desservies ou dans des régions connaissant une croissance démographique considérable.

Au moment de la planification de nouvelles formes de prestation de services de santé, telles que les Organisations des services de santé complets, il faudra songer à des méthodes visant à encourager les clients à bénéficier des services. Ces méthodes devront être conçues dans un cadre de contrainte visant à protéger le système de santé d'accessibilité universelle de l'Ontario. Des caractéristiques particulières seraient susceptibles de rendre ces nouvelles organisations plus attrayantes aux consommateurs, tels que l'avantage que présente un seul point d'accès pour tous les services exigés, un éventail plus varié de services que ceux couverts actuellement par l'OHIP et des heures d'ouverture plus pratiques.

Organisations de liaison entre les soins hospitaliers et les soins à domicile

De nombreux patients à leur sortie d'hôpital reçoivent des soins à domicile dispensés par des organismes par le biais du Programme de soins à domicile pour malades chroniques et aigüs. Les programmes, toutefois, sont limités quant à la quantité et à l'intensité des soins que tout patient peut recevoir. De telles limites ne reflètent pas nécessairement le souci d'un équilibre coûts/avantages optimum sur le plan des soins dispensés à un patient particulier. Il existe plusieurs options d'organisation susceptibles d'améliorer l'intégration des services de soins à domicile avec les soins hospitaliers. Deux de ces options sont les suivantes :

- Des soins à domicile sous direction hospitalière, directement sous le contrôle de l'hopital et financés à partir d'un budget hospitalier global. Cette méthode serait susceptible de faciliter des sorties plus rapides du milieu hospitalier, vu qu'il existerait une liaison plus étroite avec l'hôpital et un plus grand potentiel de pouvoir dépendre des services hospitaliers comme soutien pour les services de soins à domicile. Il en résulterait une continuité accrue au niveau des soins ultérieurs que les patients reçoivent après leur sortie ou après un chirurgie ambulatoire hospitalière. Ces services pourraient également être utilisés pour empêcher que certains patients soient inutilement hospitalisés.

- Des hôpitaux extra-muros offrent des services qui sont destinés à offrir une solution de substitution pour certains soins hospitaliers. Financés en vertu d'un budget global, les hôpitaux extra-muros dispensent une gamme complète des services de santé professionnels (soins infirmiers, laboratoire, pharmacie, professions connexes de la santé, etc.) et la capacité de dispenser de tels services 24 heures sur 24. Les médecins sont engagés dans toutes les phases du traitement et de la gestion des soins d'un patient et dispensent des services à domicile. Des services de soins infirmiers à domicile sont disponibles sur une base par équipe. Cette méthode admet également un programme de soins infirmiers ultérieurs à domicile. L'hôpital extra-muros a vu le jour au Nouveau-Brunswick, où ses services sont maintenant dispensés à travers toute la province.

Organisations de liaison entre les services de santé et sociaux

De nombreuses dispositions sont offertes pour améliorer l'intégration des services de santé et sociaux au sein de la collectivité. De telles dispositions amélioreront la qualité, l'intégralité et l'équilibre coûts/avantages des soins et de la qualité de vie du particulier. En voici quelques-uns à titre exemple :

- Des centres multiservices qui sont établis par une collectivité dans le but de dispenser des services de santé et sociaux à un seul endroit. Lorsque cela est possible, ils devraient évolués à partir des centres de santé communautaires actuels.

- La coordination et la prise en charge assurées par des services de santé et communautaires pour des populations particulièrement vulnérables, telles que les personnes âgés à la santé précaire, les infirmes et les malades mentaux. La mise en œuvre planifiée de ce concept de services aux personnes âgées comme projet pilote en Ontario sous la direction du ministre délégué aux Affaires des personnes âgées offre la possibilité de vérifier son applicabilité aux autres groupes ayant des besoins spéciaux.

INFRASTRUCTURE PROPICE AU CHANGEMENT

Afin de réaliser certaines des options mentionnées précédemment, il sera nécessaire d'apporter certains changements à l'infrastructure soutenant la prestation des services de santé et sociaux.. Ces changement sont les suivants :

- Améliorer les relations de travail entre le gouvernement et toutes les professions de la santé au bénéfice de la santé des Ontariens.

- Renforcer les collectivités par le biais de services bénévoles comme appui aux services professionnels, notamment les groupes d'entraide relativement aux problèmes, tel que l'abus de substances.

- Encourager les groupes organisés à parrainer l'élaboration de nouvelles initiatives par le biais d'un financement sur le plan du développement et des coûts de démarrage.

- Élargir l'éducation et la préparation des professionnels de la santé visant à accorder une plus grande importance à la promotion de la santé, aux soins ambulatoires et aux soins convenables pour les personnes âgées et les malades chroniques. Les professionnels de la santé devraient également être formés pour pouvoir reconnaître leurs responsabilités quant à la gestion des ressources en matière de soins aux patients et pour la santé des plus grandes collectivités.

- Réaliser un éventail adéquat de professionnels des services de santé et sociaux pour qu'il corresponde aux besoins des patients

- Développer des bases de données pour comparer les nouvelles lignes de conduite avec celles plus établies sur le plan de la prestation des services et évaluer la faisabilité et l'efficacité des diverses options.

- Rationnaliser les méthodes de financement et les dispositions administratives entre les divers types de services de santé.

AMORCER LA MISE EN ŒUVRE

Nous avons relevé plusieurs méthodes de financement et dispositions d'organisation qui devraient faire l'objet d'un examen plus approfondi. Des projets de démonstration devraient être entrepris pour sonder la faisabilité et l'efficacité des diverses options. Ces projets de démonstration exigeront une planification importante et une forte initiative, tant à l'échelon provincial que fédéral.

Nous croyons qu'il n'existe pas une méthode universelle de financement ou de prestation de soins applicable à toutes les collectivités de la Province. Il faudrait faire preuve de pluralisme au niveau des dispositions relatives à la prestation des soins, afin de répondre aux besoins particuliers des populations desservies et d'offrir des choix à la fois aux patients et aux fournisseurs. Toutefois, la mise en œuvre des ces options ne sera pas possible sans la participation mutuelle des particuliers, des fournisseurs et du gouvernement.

VI - RÉALISER UNE STRATÉGIE DE LA SANTÉ EN ONTARIO

LA QUESTION

Si l'Ontario se propose de résoudre les questions et les défis extraordinairement compliqués décrits aux chapitres précédents, il faut établir un mécanisme permettant d'agir comme force d'orientation sur le plan de l'élaboration d'une stratégie claire de la santé susceptible d'être communément comprise et acceptée. Elle doit être la plateforme d'un concept stratégique visant à accorder une priorité plus élevée à l'ordre du jour public et politique.

Bien que diverses études répétées, tout comme notre propre analyse, ont témoigné d'un haut niveau de satisfaction sur le plan de notre système de santé et de soins, d'après nous, ce changement est nécessaire. Il engagera une reconception fondamentale des droits et des responsabilités, des incitatifs, des dispositions d'organisation et des stratégies de dépense afin de rehausser la santé et la prestation de services de soins. Un tel changement engendrera inévitablement des gains ou des pertes perceptibles et véritables de la part des différentes parties intéressées. Afin d'optimiser la compréhension de ces changements et de minimiser la perception des pertes, il doit exister un mécanisme pour que les participants soient activement engagés dans le cours des changements et qu'ils soient pleinement informés sur ceux-ci.

PRINCIPES FONDAMENTAUX EN VUE DE RÉALISER UNE STRATÉGIE DE LA SANTÉ

Au cours des vingt dernières années, le gouvernement de l'Ontario a institué divers mécanismes visant à élaborer les éléments d'une stratégie de la santé. Au niveau provincial, l'ancien Conseil ontarien de la santé offrait des conseils sur le système de santé aux professionnels de la santé, éducateurs et profanes hors du gouvernement et au ministère de la Santé. De nombreux groupes de travail ont également étés surpris, tel qu'indiqué dans le Chapitre II. Malgré le nombre élevé de recommandations judicieuses, cependant, seulement quelques-unes d'entre-elles ont été mises en pratique.

Plus récemment, le ministre de la Santé a développé une méthode de planification stratégique visant à établir les priorités et les orientations du ministère qui régiront la répartition des ressources du ministère au cours des cinq prochaines années. Au niveau régional, le rôle principal a été assumé par les Conseils régionaux de santé.

Ces initiatives provinciales ont engagé surtout les services de santé. Leurs attributions ne soulignaient pas les éléments déterminants plus vastes de la santé.

Il importe de souligner que chacun de ces mécanismes a apporté des perspectives précieuses. Elles ont eu tendance, toutefois, à être très différentes et souvent isolées des perspectives du gouvernement, de celles des fournisseurs de soins ou de celles des collectivités régionales. Il n'y a eu encore aucun mécanisme disponible pour intégrer ces perspectives vers une orientation commune. Par conséquent, on constate un témoignage accru de frustation et d'aliénation parmi les divers intervenants du domaine de la santé et des soins.

Afin de relever les futurs défis, le mécanisme visant à élaborer une stratégie de la santé au niveau provincial doit s'attacher aux nouveaux principes d'orientation suivants :

- **Une participation conjointe** dès le départ, non seulement de la part du gouvernement, mais aussi des particuliers et des organismes externes au gouvernement qui ont un impact fondamental à la fois sur la santé des Ontariens et sur les soins de santé qu'ils reçoivent.

- **Un concept de la santé** qui englobe la totalité du bien-être d'un particulier et aborde les éléments déterminants de la qualité, tant de la vie que des soins.

- **Une intégration des politiques du gouvernement** sur le plan de la santé en tant que responsabilité commune propre à de nombreux ministères, dont les programmes et les politiques dans les secteurs de la santé au travail et environnementale, du bien-être social, du logement, de la formation de la main-d'œuvre et de la recherche ont un impact fondamental sur la santé de la population ontarienne, outre le système de santé officiel.

- **Un équilibre** entre les perspectives à l'échelle de la Province et celle d'ordre régional, qui permet la souplesse, le pluralisme et l'innovation.

MÉCANISME PROVINCIAL PROPOSÉ VISANT À RÉALISER UNE STRATÉGIE DE LA SANTÉ

Le mécanisme visant à élaborer une stratégie de la santé en Ontario doit prévoir une définition articulée des priorités, le règlement de conflit et l'élaboration de nouvelles initiatives en matière de politiques. Le plus haut degré d'engagement politique doit régir ce mécanisme, vu que les décisions ultimes sur la statégie de la santé au sein d'un système de santé publiquement assuré reposent avec le gouvernement, tant en termes de décisions en matière de politiques publiques que de répartition des ressources. Cependant, le gouvernement n'est pas le seul intervenant. Un degré tout aussi élevé d'engagement doit être assuré par les particuliers et les fournisseurs de soins hors du gouvernement, de façon à amorcer un ordre de reconception fondamentale, de changement et d'innovation. Il n'existe aucun modèle évident provenant d'autres juridictions sur lequel se baser.

Nous croyons essentiellement que l'Ontario a l'occasion et la responsabilité d'assumer un rôle de direction. De quelle façon cette direction peut-elle mieux être exprimée?

CONSEIL DU PREMIER MINISTRE SUR LA STRATÉGIE DE LA SANTÉ

Nous recommandons au Premier ministre de l'Ontario d'établir un Conseil sur la stratégie de la santé, en vue de faire preuve du plus haut degré d'engagement, s'il veut innover de nouveaux moyens d'aborder la santé et les soins de santé susceptibles de regrouper tous les intervenants dans le processus de changement.

Nous voyons la participation du Premier ministre ou de son représentant nommé en tant que président, comme essentielle, du moins au stade initial, pour démontrer non seulement le haut degré de participation gouvernementale, mais aussi pour inciter un engagement analogue des intervenants externes. La participation du Premier ministre prouverait également l'engagement du gouvernement envers un concept de santé qui ouvre des perspectives allant au-delà du système de santé que le ministère de la Santé gère officiellement. Cette participation reconnaîtrait le fait que la santé des Ontariens se voit très influencée par les politiques et les priorités gouvernementales d'ensemble situées à un palier social, économique et environnemental de plus grande envergure.

Dès le début, le Conseil du Premier ministre doit fixer les hypothèses et les priorités de grande ligne qui seront abordées dans la stratégie de la santé. À un moment donné, le Premier ministre

peut, s'il le désire, décider d'établir un mécanisme permanent qui prévoit la participation à un niveau hiérarchique supérieur, tant de l'extérieur que de l'intérieur du gouvernement, mais qui n'exige pas, dans une même mesure, l'engagement direct de sa part.

Membres

Le Conseil du Premier ministre sur la stratégie de la santé devrait avoir l'envergure d'englober les perspectives essentielles du particulier et de la collectivité, des fournisseurs de soins et du gouvernement lui-même. Simultanément, le Conseil doit être en mesure de fonctionner comme un groupe de travail cohésif. Par conséquent, nous recommandons que le Conseil, en plus du président, se compose de 15 à 18 membres, avec une représentation approximativement équivalente des trois catégories suivantes :

Particulier et collectivité

- **Le particulier** - Considéré comme point focal de la politique de la santé et élément de base du système de santé, par le biais des impôts. Le particulier devrait être un contributeur essentiel dans le cadre de l'élaboration des politiques afférentes à la santé. La liste des membres «clients» des Conseils régionaux de santé présente une excellente occasion de sélectionner des représentants profanes ayant une solide expérience au niveau de la planification communautaire régionale et en mesure de contribuer aux perspectives régionales dans le cadre de la politique provinciale.

- **Secteur privé et travail** - Les points de vue émanant du secteur privé et du travail devraient être représentés, vu leurs intérêts envers l'usage de revenus fiscaux et des primes relatifs à la santé et l'importance d'un lieu de travail sécuritaire, d'un environnement propre et d'une main-d'œuvre productive.

Fournisseurs de soins de santé

- **Les professionnels de la santé et les établissements de soins** - Toute représentation de ce groupe est sans doute la plus difficile, vu sa diversité, et comprend les médecins, le personnel infirmier, les professionnels connexes de la santé, les autres professionnels de services aux personnes, les hôpitaux, les établissements de soins à long terme, les programmes de santé communautaires et les organismes desservant des groupes ayant des besoins spéciaux.

- **Les centres d'éducation et de recherche en santé** - Les universités, notamment les cinq Centres des sciences de la santé, ainsi que les collèges communautaires, jouent un rôle central sur le plan de l'éducation, de la formation et du déploiement de la main-d'œuvre, et de la recherche, du développement technologique et de l'évaluation en santé.

Gouvernement

- **Gouvernement provincial** - La liste des membres devrait comprendre non seulement les ministres jouant un rôle principal sur le plan de la politique, de l'exploitation et du financement des services de santé, mais également les ministres dont les politiques et les programmes ont une influence importante en ce qui a trait aux éléments déterminants de l'état de santé des Ontariens. La participation du Trésor est également essentielle en ce qui touche les incitatifs financiers et autres dispositions de financement nécessaires pour mettre en œuvre une stratégie de la santé.

- **Gouvernements provincial et fédéral** - Bien que la grosseur du Conseil du Premier ministre est susceptible d'exclure une liste de membres nommés pour les gouvernements provincial et fédéral, il s'avère essentiel qu'il y ait une capacité de concentrer l'attention sur des orientations de politiques complémentaires et discordantes touchant la santé des Ontariens et des soins qu'ils reçoivent.

Organisation

Le Conseil du Premier ministre sur la stratégie de la santé devrait être une plateforme pour établir les priorités à aborder, recommander les politiques au gouvernement, s'assurer que l'on ait tenu compte d'une vaste gamme de perspectives et résoudre les conflits qui peuvent sévir. Le niveau supérieur de participation proposé de tous les secteurs est essentiel afin de garantir un engagement envers la mise en œuvre subséquente d'une stratégie de la santé en Ontario. En même temps, les autres responsabilités des participants limitent l'engagement sur le plan du temps auquel on peut s'attendre. Le Conseil du Premier ministre devrait par conséquent être appuyé par les effectifs suivants :

- Des comités et des effectifs spéciaux délégués à des questions particulières dans le cadre de la stratégie de la santé. Ces groupes seraient susceptibles de comprendre une représentation beaucoup plus vaste qu'il n'est possible au sein du Conseil.

- Un petit personnel de secrétariat sous la direction du bureau du Cabinet. Le Conseil devrait également s'attacher un personnel professionnel tel que requis par les ministères et les organismes extérieurs qui sont représentés au Conseil et d'autres sources. Cette ligne de conduite assurerait un champ de soutien analytique et technique.

- Un réseau d'information complet et accessible qui dispense des données aux niveaux provincial et régional pour surveiller l'état de santé de la population et évaluer l'efficacité et le rendement des services de santé. Les données doivent être considérées valides et fiables par les participants afin d'avoir une influence sur la prise de décision.

Afin d'aborder les priorités immédiates et à plus long terme, le Conseil du Premier ministre devrait établir un cycle de planification sur plusieurs années (3 à 5 ans) qui prévoit la réalisation des objectifs à plus long terme, ainsi qu'un cycle de planification annuel permettant d'établir des objectifs et des conseils en politiques liés tout particulièrement au prochain exercice financier.

PORTÉE DE LA STRATÉGIE DE LA SANTÉ EN ONTARIO

Le premier défi qui confrontera le Conseil du Premier ministre sur la stratégie de la santé consistera à établir le point de départ pour définir les orientations futures sur le plan de la santé et des soins.

Le Conseil du Premier ministre, comme nous le recommandons, doit d'abord s'attacher à définir des buts particuliers visant à améliorer la santé des Ontariens. L'honorable Murray Elston, ministre de la Santé, a fait un premier pas important dans ce sens en établissant le Groupe d'étude sur les objectifs de santé en Ontario dont le rapport et les recommandations concernant des buts particuliers mesurables en matière de santé seront achevés d'ici peu.

Le ministre, dans le cadre de son allocution à la Conférence sur les objectifs de santé en Ontario qui s'est déroulée en avril 1987, a déclaré que « le concept des objectifs de santé reconnaît par dessus tout que la santé est influencée par des facteurs d'ordre économique, social, culturel et géographique -- et que des objectifs sont susceptibles d'être établis...qui sont afférents, mesurables et tangibles pour chaque personne dans cette Province».

Nous partageons l'enthousiasme du ministre en ce qui a trait aux objectifs de santé qui «posent un défi à nos notions actuelles du système de santé et de soins». Nous abondons fortement dans le sens de sa perspective voulant que «la santé joue un rôle prépondérant dans notre économie, ainsi que sur le plan de notre bien-être culturel et social. Elle devrait être la préoccupation principale de tous.»

Dans le cadre des objectifs de santé, une stratégie de la santé doit également viser des cibles et des priorités précises qui peuvent être mesurées, évaluées et mises en œuvre. De telles cibles et priorités devraient inclure les éléments suivants :

- Une «carte de rapport» de santé annuelle permettant de surveiller les réalisations par rapport aux objectifs de santé établis. La carte de rapport contiendrait un examen critique des indices et des éléments déterminants de l'état de santé, tant au niveau provincial que régional. L'analyse proviendrait d'une étude régulière de l'état de santé de la population.

- Un plan sur plusieurs années qui relève les indices principaux de l'état de santé quand il y a une possibilité raisonnable que l'intervention des politiques publiques ait un effet positif. Le plan doit également inclure des mesures visant à rehausser la motivation du public à s'écarter des comportements qui compromettent la santé.

- Un réseau complet et intégré de services institutionnels et communautaires visant à répondre aux besoins de soins, tant sociaux que de santé, des populations vulnérables, notamment des personnes âgés à la santé précaire, des invalides et des enfants et adultes mentallement malades.

- Un plan sur plusieurs années visant à mettre en liaison les services de santé et autres services aux personnes, tel qu'indiqué au Chapitre V, afin de faciliter la gestion coordonné des services institutionnels et communautaires. Ce plan doit inclure un examen critique des systèmes qui s'offrent comme solutions de substitution à la prestation des soins et intégrer de nouveaux incitatifs au sein du système actuel.

- Une politique intégrée de main d'œuvre de la santé qui émane des besoins actuels et anticipés sur le plan de la santé de la population et une combinaison de services institutionnels et communautaires qui reconnaît l'interdépendance de l'Ontario avec les autres provinces sur le plan du flot de main d'œuvre.

- Une stratégie de financement des soins qui s'attache à de nouvelles lignes de conduite et à de nouveaux incitatifs dans le financement des établissements de soins et dans la rémunération des professionnels de la santé. La stratégie de financement devrait renforcer les dispositions d'organisation pour la gestion intégrée de tout le système de santé. Elle devrait également s'attacher à établir des lignes de conduite mutuellement acceptables en ce qui a trait au règlement des conflits.

- Un programme provincial destiné à évaluer et à dissiminer la technologie actuelle et innovatrice dans la prestation des soins et qui ferait office de catalyseur à l'élaboration de normes interprovinciales et nationales. Ce programme doit comprendre non seulement des critères pour la dissimination de la nouvelle technologie, mais aussi des normes adéquates susceptibles d'intervenir dans les soins des patients.

- Une stratégie d'investissement qui entraîne un engagement sur plusieur années, tant de la part du secteur privé que du secteur public, afin d'investir dans la recherche clinique et fondamentale et l'innovation pour rehausser le rôle de direction de l'Ontario, tant à l'échelon provincial qu'international.

MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE PROVINCIALE DE LA SANTÉ

La mise en œuvre des futures orientations en matière de santé et de soins en Ontario exige des liens solides entre le Conseil du Premier ministre et la gestion et prestation permanentes des programmes de santé et de soins. Au sein du gouvernement provincial, la relation du Premier ministre et des autres ministres veillera non seulement à ce que leurs priorités soient reflétées dans la stratégie, mais également à ce que les éléments de la stratégie soient réalisables et soient reflétés dans la répartition des ressources et la gestion des programmes de santé et programmes connexes. Hors du gouvernement, il doit exister des liens tout aussi forts établis entre le Conseil du Premier ministre, les fournisseurs de soins et les collectivités régionales de façon à veiller à ce que les priorités au sein de la stratégie soient influencées par l'organisation régionale et les services de prestation au niveau local, et soient en outre reflétées dans ceux-ci.

UNE STRATÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ

Bien qu'une stratégie précise soit requise au niveau provincial, c'est à l'échelon régional que la santé des Ontariens est démontrée et que l'interaction entre le fournisseur et le client de services de soins a lieu. Comme nous l'avons indiqué au Chapitre II, il existe encore une certaine iniquité à travers la Province, non seulement sur le plan de l'état de santé de la population, mais en matière d'accessibilité aux services de soins les plus fondamentaux. Par conséquent, il doit y avoir un mécanisme à l'échelon régional, non seulement pour résoudre les entraves à l'état de santé, mais également pour établir des priorité pour l'organisation et la prestation des services de santé et autre services connexes aux personnes. Pour être uniforme avec sur ce quoi nous avons insisté au Chapitre V concernant le pluralisme et la diversité de l'organisation des services de santé, il doit y avoir une souplesse suffisante pour répondre aux besoins uniques et aux priorités très différentes rencontrées dans les régions du nord, les collectivités rurales et les grandes régions métropolitaines.

Bien qu'un nouveau mécanisme soit recommandé à l'échelon provincial, notre conclusion est qu'à l'échelon régional aucun n'est requis. Pour en arriver à cette conclusion, le Groupe a étudié le rôle et les attributions des Conseils et des Commissions de santé régionaux. Nous pensons que les Conseils régionaux de santé à travers l'Ontario reflètent déjà plusieurs principes de base visant la réalisation d'une stratégie de la santé. Leurs attributions englobent un vaste concept de la santé. Leurs membres sont divers et comprennent les fournisseurs de soins, les clients, des représentants du gouvernement local, le secteur privé et le travail. En tant qu'organismes du ministère de la Santé, cependant, ils sont limités au niveau de leur capacité d'influencer et de susciter la participation de d'autres secteurs gouvernementaux ou des fournisseurs régionaux de services aux personnes. Ils ont aussi été limités par l'absence d'un système d'information complet sur l'état de santé et les services de santé à l'échelon régional.

L'élaboration d'un système d'information offre aux Commissions de santé la possibilité s'assumer un rôle beaucoup plus important et complémentaire envers les Conseils régionaux de santé. Dans de nombreuses collectivités à travers l'Ontario, les Commissions de santé sont les organismes qui connaissent le mieux l'état de santé de la population, vu leurs attributions en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Cette information constitue la base essentielle d'une base de données régionale aux fins de planification et d'évaluation des stratégies de promotion de la santé et des services de santé.

En général, nous croyons qu'il soit tout à fait possible aux Conseils régionaux de santé, avec l'aide des Commissions régionales de santé, d'assumer la responsabilité quant à l'élaboration de stratégies régionales de la santé. Toutefois, cette responsabilité exige que le gouvernement de l'Ontario renforce la capacité des Conseils régionaux de santé d'adopter une démarche plus intégrée sur le plan des nombreux secteurs de politique publique touchant la santé et les soins de santé à l'échelon régional. Surmonter les limites de juridiction entre les services de santé et communautaires pose une question particulière si les collectivités régionales se donnent de poursuivre les types d'innovations que nous avons présentés au Chapitre V.

Les Conseils régionaux de santé doivent également être renforcés par un système d'information complet et sont susceptibles d'exiger des ressources humaines accrues. Cette démarche se fonde sur les forces d'un système actuel, tout en reconnaissant l'envergure de la participation qui existe déjà.

Bien que les stratégies régionales s'attacheront inévitablement à la répartition des ressources pour répondre aux besoins particuliers en matière d'état de santé et de services de santé, elles doivent être dirigées au sein d'un cadre bien compris d'une stratégie provinciale de plus grande envergure. Par exemple, les décisions d'une collectivité régionale concernant l'éventail de professionnels de la santé qui convient le mieux pour combler les postes du réseau d'établissements de soins, seront directement influencées par une stratégie de main-d'œuvre à l'échelon provincial. La stratégie provinciale influencerait la disponibilité des divers types de fournisseurs de soins, ainsi que la définition du rôle qu'ils jouent au sein du système de santé. Par conséquent, les stratégies de la santé à l'échelon régional doivent être complémentaires à la stratégie provinciale.

Une complémentarité entre les stratégies, tant à l'échelon provincial que régional, exige que les Conseils régionaux de santé reçoivent une communication permanente claire des éléments de la stratégie provinciale en tant que cadre de travail pour leur planification détaillée. En même temps, il est essentiel que les priorités et les perspectives régionales soient clairement communiquées au niveau provincial afin de garantir que les stratégies à l'échelle provinciales soient afférentes et sensibles aux réalités régionales.

PREMIÈRE ÉTAPE ESSENTIELLE

Tel que nous en avons parlé aux chapitres précédents, les lignes de conduite visant à aborder notre première et deuxième question exige un intérêt de détail de la part de tous les intervenants intéressés afin de formuler des politiques judicieuses et de garantir un engagement sur le plan de la mise en œuvre des nouvelles orientations choisies. La décision de la part du gouvernement de l'Ontario de mettre en œuvre un mécanisme au niveau provincial visant à élaborer ces éléments et d'autres de la stratégie de la santé, constitue la première étape, vu qu'elle donne un signe d'engagement de la part du gouvernement vers une orientation commune parmi les intervenants. En outre, un engagement prononcé sera exigé au nom des intervenants extérieurs. De plus, étant donné que nous croyons qu'il est urgent d'aborder les questions et les lignes de conduites proposées, nous recommandons que le gouvernement procède aussi rapidement que possible à l'établissement du Conseil du Premier ministre sur la stratégie de la santé.

VII REMARQUES DE CONCLUSION

Les quinze dernières années ont vu se succéder des recommandations constructives visant à parfaire le système de santé en Ontario. La difficulté a été de les mettre en pratique. La combinaison actuelle de pressions incitant au changement et les contraintes sur les ressources rendront encore plus difficile la mise en pratique. C'est dans de telles circonstances qu'un milieu de confiance et d'engagement commun doit être établi parmi le public les fournisseurs et le gouvernement.

Le Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario s'est attaché à choisir des questions et des lignes de conduites praticables pour les résoudre qui présentent un défi collectif aux particuliers, aux fournisseurs de soins et au gouvernement. L'Ontario a la possibilité unique d'ouvrir des lignes de communication et d'élargir la base de participation en vue d'améliorer la santé de ses habitants et de former un système de santé souple qui répond à la diversité des besoins à travers la Province. L'Ontario a également eu la possibilité d'aller outre les soins de santé pour aborder des éléments déterminants de la santé beaucoup plus vastes de notre société sur le plan environnemental, social et économique.

Les travaux du Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario ont suscités une collaboration parmi divers groupes d'intérêts afin d'aborder de très difficiles questions. C'est une démarche qui a également posé un défi pour chacun de nous lorsqu'il s'agissait de se défaire des concepts classiques desquels nous étions partis. Notre expérience suggère que, bien qu'un engagement important soit nécessaire de tous les intervenants, il existe une volonté parmi les particuliers, les fournisseurs de soins et le gouvernement d'œuvrer de concert vers une orientation commune de la santé en Ontario.

Le présent rapport marque l'achèvement de la première phase du processus d'étude établi par le Décret en conseil pour le Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario. Le Groupe recommande que le stade subséquent de l'examen approfondi des options afférentes à la mise en œuvre des politiques, envisagé au terme du mandat du Groupe, soit dirigé sous les auspices du Conseil proposé du Premier ministre sur la stratégie de la santé.

ANNEXE I

DÉCRET EN CONSEIL

LISTE DES MEMBRES COMNPOSANT LE GROUPE D'ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

PERSONNEL ET ÉQUIPE DU PROJET

Ontario

Conseil des Ministres

Décret I-1

Sur la recommandation du ministre soussigné, le lieutenant-gouverneur, sur l'avis et avec le consentement du Conseil des ministres, décrète ce qui suit:

conformément à l'article 9 de la Loi du ministère de la Santé, L.R.O., 1980, paragraphe 280;

(a) un comité consultatif soit créé qui sera connu sous le nom de Comité chargé de la révision du système de santé de l'Ontario.

(b) le mandat dudit comité soit le suivant :

(i) étudier l'évolution des soins de santé en Ontario et les tendances relatives au personnel et à la technologie des soins de santé, en fonction des changements démographiques et de l'état de santé des citoyens de l'Ontario;

(ii) examiner les incitatifs et les mécanismes qui visent à maintenir la qualité et l'accessibilité des soins de santé, afin de favoriser l'utilisation la plus convenable et la plus économique des ressources dans le domaine de la santé et de faire en sorte qu'on accorde davantage d'importance à la bonne santé et à la prévention de la maladie;

(iii) examiner la relation entre les spécialistes de la santé et le gouvernement, afin de maintenir l'autonomie professionnelle;

(iv) s'efforcer d'établir des politiques prioritaires et de proposer une méthode permettant l'examen ultérieur plus approfondi des options relatives à la mise en oeuvre de ces politiques.

(c) les personnes suivantes soient nommées à titre de membres dudit comité consultatif

Dr John R. Evans, président
Toronto (Ontario)

Mad. Mathilde Bazinet
North Bay (Ontario)

Dr A. MacPherson
Toronto (Ontario)

Dr Murray McAdam
Kitchener (Ontario)

Sœur Winnifred McLoughlin
Sudbury (Ontario)

Mad. Dorothy Pringle
Ottawa (Ontario)

Mme Rose A. Rubino
Toronto (Ontario)

Dr Hugh Scully
Toronto (Ontario)

M. Greg Stoddart
Hamilton (Ontario)

M. W. Vickery Stoughton
Toronto (Ontario)

(d) les membres dudit Comité consultatif aient droit à recevoir des indemnités journalières dont le montant sera approuvé par le Conseil de direction et aient droit à se faire rembourser, dans une mesure raisonnable, leurs frais de déplacement et autres frais occasionnés par leur travail au sein dudit Comité consultatif.

(e) le président duedit comité soumettra les conclusions du Comité pour l'été 1987.

Recommandé
le ministre de la Santé

Consentement
Président

Approuvé et décrété le Novembre 6, 1986
Date

Lieutenant-gouverneur

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE D'ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

John R. Evans, M.D. (président)
Président et Mandataire général
Allelix Inc.
Toronto (Ontario)

Mathilde F. Bazinet, R.N., M.Ed.
Directrice, Exploitation des soins infirmiers
Direction des services médicaux
Santé et Bien-être Canada (en congé)
Ancienne présidente des sciences de la santé
Canadore College
North Bay (Ontario)

Alexander Macpherson, M.D., M.Sc.
Médecin-hygiéniste
Service de la santé publique
Ville de Toronto
Toronto (Ontario)

Murray McAdam, M.D.
Médecin de famille
Président sortant de l'Ontario Medical Association
Kitchener (Ontario)

Sœur Winnifred McLaughlin
Directrice administrative
Hôpital général de Sudbury
Sudbury (Ontario)

Dorothy Pringle, R.N., Ph.D.
Directrice des recherches
Victorian Order of Nurses, Canada
Ottawa (Ontario)

Rose Rubino
Présidente
Comité national de la santé
Association des consommateurs du Canada
Toronto (Ontario)

Hugh E. Scully, M.D.
Professeur adjoint, Faculté de médecine,
Université de Toronto
Chirurgien du personnel, Hôpital général de Toronto

Vice-président de l'Ontario Medical Association
Toronto (Ontario)

Greg L. Stoddart, Ph.D.
Professeur adjoint et coordonnateur
Groupe d'analyse d'économie et de politique de la santé
Service d'épidémiologie clinique et de biométrie
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

W.Vickery Stoughton
Président
Hôpital de Toronto
Toronto (Ontario)

LIAISON DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

David Bogart
Directeur
Direction des ressources d'information et des services
Ministère de la Santé
Toronto (Ontario)

PERSONNEL ET ÉQUIPE DU PROJET

PERSONNEL

Maureen A. Quigley
Directrice administrative

Gina Thorn
Agent administratif

Annie Lapid
Secrétaire

ÉQUIPE DU PROJET

Les personnes suivantes ont été engagées par le Groupe à fins de consultation

Robert J. Bell
Directeur principal
Peat, Marwick and Partners

Kathleen F. Christie
Associée
Touche Ross

Mark Hundert
Président
Medicus Canada

Evelyn Lazare
Directrice
Lazare Associates

Steven Raiken
Directeur
Peat, Marwick and Partners

Neil Stuart
Directeur principal
Price Waterhouse

M. Raiken a également travaillé en qualité d'éditeur du rapport.

ANNEXE II

LETTRE ET ANNONCE PUBLIÉE DANS LA PRESSE DEMANDANT DES PROPOSITIONS ET LISTE DES PROPOSITIONS REÇUES

GROUPE D'ÉTUDE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

700 rue Bay, 14e étage
Toronto (Ontario) M5G 1Z6
Téléphone : (416) 965-5031

Le 26 novembre 1986

Madame,
Monsieur,
Cher collègue,

Le 24 octobre 1986, le premier ministre, M. David Peterson, annonçait la création du Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, dont les attributions sont les suivantes :

i) analyser l'évolution des soins médicaux et les tendances actuelles sur le plan du personnel médical et de la technologie dans le domaine médical en fonction des changements démographiques et du profil de la population de l'Ontario;

ii) analyser les incitatifs et les mécanismes visant à maintenir la qualité et l'accessibilité des services de santé, d'une part, pour encourager l'utilisation la plus efficace et la plus économique des ressources de santé et, d'autre part, pour susciter davantage d'intérêt pour la promotion de la santé et la prévention des maladies;

iii) analyser les rapports entre les professionnels de la santé et le gouvernement, afin de préserver l'autonomie des premiers;

iv) essayer de définir les politiques de la plus haute priorité et proposer un processus pour l'étape suivante, c'est-à-dire l'étude approfondie des moyens de mise en œuvre des politiques en question."

La première étape de l'étude, qui a commencé le 12 novembre 1986, consiste en un tour d'horizon de la situation afin d'identifier les problèmes clés, établir les priorités et proposer un processus pour résoudre les problèmes. La deuxième étape portera sur la mise en œuvre de l'étude approfondie et détaillée des problèmes clés qui auront été reconnus et les diverses façons de les résoudre.

Afin de bien orienter nos efforts, dès le début, j'ai demandé à chacun des membres du groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario de décrire brièvement, dans l'ordre de leur priorité, les trois questions les plus importantes qui, à son avis, doivent être signalées au gouvernement à l'issue de la première étape. À la première réunion, le Groupe d'étude avait décidé d'inviter des membres d'associations professionnelles, de groupes intéressés et du public à faire de même.

Vos conseils, au tout premier stade de nos travaux, nous seraient des plus précieux et nous permettraient de définir les questions soulevant le plus de préoccupations. Afin que le Groupe d'étude puisse apporter toute l'attention voulue aux trois questions capitales qui, à votre avis, devraient être étudiées en priorité, nous vous saurions gré de nous faire parvenir un bref exposé de vos motifs d'ici le 5 janvier 1987. Une fois que les problèmes auront été définis, il est possible que, par la suite, nous invitions la participation du public sur ces aspects définitifs.

Nous sommes conscients de la brièveté de notre délai, mais vous comprendrez sans doute l'importance que nous attachons à connaître votre opinion dès le début de nos travaux, alors que le groupe de travail décide de leur orientation,

Avec mes remerciements anticipés, je vous prie d'agréer mes sentiments les meilleurs.

Le président,

John Evans

JE/cal

ANNONCE PUBLIÉE DANS LA PRESSE (DÉCEMBRE 1986)

AVIS DE RÉEXAMEN DU RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ DE L'ONTARIO

Le 24 octobre 1986, le premier ministre David Peterson annonçait la création du Groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario, dont le but est de réexaminer le régime de soins de santé de l'Ontario. Son mandat est le suivant :

(i) étudier l'évolution des soins de santé en Ontario et les tendances relatives au personnel et à la technologie des soins de santé en fonction des changements démographiques et de l'état de santé des citoyens de l'Ontario;

(ii) examiner les incitatifs et les mécanismes qui visent à maintenir la qualité et l'accessibilité des soins de santé, afin de favoriser l'utilisation la plus efficace et la plus économique des ressources dans le domaine de la santé et de faire en sorte qu'on accorde davantage d'importance à la bonne santé et à la prévention des maladies;

(iii) examiner la relation entre les spécialistes de la santé et le gouvernement, afin de maintenir l'autonomie professionnelle;

(iv) déterminer les politiques prioritaires et définir une méthode permettant l'examen ultérieur plus approfondi des options relatives à la mise en œuvre de ces politiques.

La première phase de l'étude vise à préciser les questions importantes, à établir les priorités et à recommander une méthode d'élaboration de solutions pour ces questions.

Nous invitons aujourd'hui les personnes et organisations qui s'intéressent à la santé, à présenter un document au groupe d'étude qui aiderait ce dernier à choisir une orientation et à établir les priorités.

Nous vous demandons de rédiger un texte court indiquant votre opinion sur un maximum de trois questions, par ordre de priorité, que nous devrions, à votre avis, signaler au gouvernement à l'issue de la première phase. Vous devez faire parvenir votre texte, au plus tard le 5 janvier 1987, à l'adresse suivante :

Groupe d'étude sur le système de santé
de l'Ontario
700 rue Bay, 14e étage
Toronto (Ontario) M5G 1Z6

John R. Evans
Président

LISTE DES SOUMISSIONS REÇUES

CONSEIL RÉGIONAUX DE SANTÉ

Conseil régional de santé d'Algoma, Anthony Ubaldi, directeur administratif, Sault Ste Marie

Conseil régional de santé Cochrane, Jack Atkinson, président, Timmins

Conseil régional de santé de l'Eastern Ontario, Donald R. St-Pierre, Directeur administratif, Cornwall

Conseil régional de santé du district de Durham, Mick Peters, directeur administratif, Oshawa

Conseil régional de santé d'Haldimand-Norfolk, James R. Tyrrell, président, Townsend

Conseil régional de santé d'Halton, Ronald Marr, directeur administratif, Oakville

Conseil régional de santé d'Hamilton-Wentworth, Robert G, Kirby, D.D.S., M.P.H., directeur administratif, Hamilton

Conseil régional de santé de Kenora-Rainy River, G.A. Ouellette, président, Kenora

Conseil régional de santé du comté de Kent, Peter Deane, directeur administratif, Chatham

Conseil régional de santé Kingston, Frontenac & Lennox & Addington, Elizabeth McIver, Directrice administrative, Kingston

Conseil régional de santé Lambton, A. Beard, président, Sarnia

Conseil régional de santé de la communauté urbaine de Toronto, Dr J.R. Nethercott, président, Toronto

Conseil régional de santé Niagara Falls, Gary N. Zalot, directeur administratif, Fonthill

Conseil régional de santé du district d'Ottawa-Carleton, Alan Warren, directeur administratif, Ottawa

Conseil régional de santé Peel, Mary A. Icely, présidente, Brampton

Conseil régional de santé Rideau Valley, Robert Graham, président, Smith Falls

Conseil régional de santé Thames Valley, D.N.Stevens, président, London

Conseil régional de santé Thunder Bay, Geoff Weller, président, Thunder Bay

Conseil régional de santé Wellington-Dufferin, Sonja Lebans, présidente, Guelph

FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

Baker, Dilin, R.N., Toronto

Baycrest, Centre de soins gériatriques, Stephen E. Rudin, directeur administratif, North York

Centre médical familial Byron, Toula M. Geravce, R.N., B.Sc.N., infirmière à domicile, London

Hôpital Memorial Cambridge, M. Thompson, administrateur adjoint, Programmes spéciaux, Cambridge

Hôpital Memorial Campbellford, Richard N. Quesnel, directeur administratif et secrétaire du conseil de direction, Campbellford

Canadian Home Therapy, Shane Donaldson, président, Whitby

Central Registry of Graduate Nurses, Mary V. Ruth, R. N. secrétaire du conseil d'administration

Centre médical communautaire du centre-ville, Bruce Williams, président, Ottawa

Hôpitaux Chedoke-McMaster, R.C. Walker, président, Hamilton

Children Hospital of Western Ontario, Beth Mitchell, Ph.D., C.Psych., Donna Forrest-Pressley, Ph.D., C.Psych., Judy Pollock, M.A.Sc., Margaret Brigham, Ph.D., Alexandra Quittner, M.A., London

Croft, B.B., D.C., Thunder Bay

Dynacare Group, John W. Press, vice-président, opérations, Toronto

East End Health Centre, James C. Meuser, M.D., Toronto

Franklin, Alexander, M.B., Toronto

Fryters Addiction Consultation Training Services Limited, John Fryters, Ph.D., thérapeute en toxicomanie, président, Belleville

Gardien Registry for Nurses, Rose Anne Holness, président, Thornhill

Programme du laboratoire des sciences de la santé, Hamilton, R.C. Walker, président du comité de coordination, Hamilton

Unité de santé des comtés de Hastings et de Prince Edward, P.J. Halket, M.D., D.P.H., directeur et médecin-hygiéniste, Belleville

Service de santé mentale Hong Fook, M. Raymond Chung, président, Toronto

Hospital for Sick Children, Dr J. Donald Morin, ophtalmologiste en chef, Toronto

Hospital for Sick Children Foundation, Claux A. Wirsig, président, Hamilton

Fondation de l'hôpital général de Kingston, Sylvia M. Burkinshaw, Kingston

Hôpital général de Kingston, G.N. Speal, président du conseil d'administration, Kingston

Hôpital général de Kingston, Laurie Thompson, R.N., B.N., coordonnatrice clinique, Kingston

Hôpital général de Kingston, R. Kenneth McGeorge, B.Sc., D.H.A., président et directeur général, Kingston

Hôpital régional de Lake of the Woods, Robert K. Muir, M.A., D.P.P.E., directeur administratif, Kenora

Centre médical Lawrence Heights, Saul Cowan, président, Toronto

Leonoff, Arthur, Ph.D., C.Psych., Ottawa

Centre de chiropractie de London West, R.J. Dronyk, D.C., N.D., London

Hôpital Lyndhurst, A.T. Jousse, M.D., F.R.C.P. (C), Toronto

Bureau de santé régional de Middlesex-London, Sandra Mackenzie, surveillante-chef de la santé publique, London

Comité consultatif du ministère, Soins reproducteurs - Province de l'Ontario, John Patrick, M.D., F.R.C.S. (C), président, London

Moulton, Richard, M.D., Fort Frances

Hôpital Mount Sinaï, I.H. Koven, M.D., Toronto

Hôpital général de North York, R. Gershater, M.B., F.R.C.P.(C), chef du service de visualisation du diagnostic, Willowdale

Orthopaedic and Arthritic Hospital, Roger C. Sharman, président, Toronto

Hôpital général d'Oshawa, B. George Blake, PhD., directeur, Service de psychologie, Oshawa

Peat, Robert S., M.D., Downsview

Bureau de santé de Porcupine, W.M. Coulby, D.D.S., D.D.P.H., directeur des services dentaires, Timmins

Richards, Robert N., M.D., F.R.C.P.(C)

Sackett, David L., M.D., F.R.C.P.(C), Hamilton

Ambulance de St Jean, Catherine Knox, présidente du conseil d'administration, Comité des soins de santé, Toronto

Centre de santé St Joseph, Margaret Miles, présidente, commission des patients, Fred Peterson, président sortant, Toronto

St Joseph Health System, Sœur Janet Murray, présidente, Willowdale

Hôpital St Joseph, Sœur Joan O'Sullivan, directrice administrative, Hamilton

Hôpital Memorial Sudbury, G.R. Walker, M.D. chef du personnel, Sudbury

Hôpital Memorial Sudbury, P.J. Van Boxel, M.D., F.R.C.S.(C), Sudbury

Centre médical Sunnybrook, Martin Barkin, M.D., B.Sc., M.A., F.R.C.S.(C), président et directeur général, Toronto

Hôpital général de Toronto, Dr H.R. Devlin, service de microbiologie, Toronto

Centre de soins du comté d'Osgoode, Gordon Scrivens, président du conseil d'administration, Metcalfe

Tyler, Joan, M.D., Elliot Lake

Hôpital universitaire, Margaret T. Hearn, Ph.D., C.Psych., chef de la division des services psychologiques, London

Hôpital Victoria, G.M. Weisz, Ph,D,, London

Waterloo Regional Homes for Mental Health Inc, Wendy Czarny, directeur administratif, Kitchener

CENTRES DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Conseil des facultés de médecine de l'Ontario, Frederick H. Lowy, M.D., président, Toronto

Université McMaster, Faculté des sciences de la santé, G.H. Flight, M.D., doyen (par intérim), Hamilton

Université McMaster, Dr Peter B. Dent, service de pédiatrie, Hamilton

Université McMaster, John I. Frid, M.D., professeur clinicien adjoint, centre d'éducation des sciences de la santé, Hamilton

Université McMaster, K. Ross Parker, M.D., professeur de médecine familiale et de pédiatrie

Université Queen, A.J. Baumgart, doyen, École d'infirmières, St Lawrence College, M, Johnson, doyen, sciences de la santé, Kingston

Université Queen, Formation médicale continue, A.M. Bryans, administrateur, Kingston

Université Queen, C. Robin Walker, M.B., Ch.B., F.R.C.P.(C), professeur adjoint, service de pédiatrie, Kingston

Université Queen, Marjorie Boyle, M.B., F.R.C.(C), professeur adjointe de pédiatrie, Kingston

Université d'Ottawa, J.M. Forster, M.B., C.C.F.P., F.C.F.P., professeur et président du service de médecine familiale, Ottawa

Université d'Ottawa, Jane Fulton, Ph.D., professeur adjointe, Ralph W. Sutherland, M.D., professeur adjoint, Ottawa

Université de Toronto, Charles H. Hollenberg, M.D., vice-doyen, sciences de la santé, Toronto

Université de Toronto, faculté de médecine, Karin Domnick Pierre, santé paradigmatique, Toronto

Université de Toronto, faculté de dentisterie, James L. Leake, D.D.S., D.D.P.H., M.Sc., D.W. Lewis, D.D.S., D.D.P.H., M.Ss., F.R.C.D.(C), D. Locker, B.D.C., Ph.D, J.T. Mayhall, D.D.S., Ph.D., Toronto

Université de Toronto, faculté de médecine, Clive B. Mortimer, F.R.C.S.(C), professeur et président du service d'ophtlamologie, Toronto

Université de Toronto, faculté de médecine, C.P. Shah, M.D., F.R.C.P.(C), professeur, Toronto

Université de Toronto, M.J. Ashley, M.D., professeur et président du département de médecine préventive et de biométrie, Toronto

Université de Toronto, Eugène Vayda, M.D.,doyen, adjoint, santé communautaire, Toronto

Université de Toronto, D.G. Potts, professeur et président, Toronto

Université de Toronto, D.M. Goldberg, M.D., Ph.D., service de biochimie, M.D. Silver, M.D., Ph.D., service de pathologie; L.P. Spence, M.D., F.R.C.P.(C), service de microbiologie, Toronto

Université de Toronto, D.H. Cowan, M.D., F.R.C.P.(C), président du conseil de coordination oncologique, Toronto

Université de Toronto, Gerard N. Burrow, M.D., Sir John et Lady Eaton, professeur et président, service de médecine, Toronto

Université de Toronto, C.R. Woolf, M.D., F.R.C.P.(C), F.R.C.P., doyen adjoint, formation permanente, faculté de médecine.

Université Western Ontario, D. Bocking, vice-doyen, sciences de la santé, London

Université Western Ontario, Daniel Ling, doyen, sciences de la santé appliquées, London

Université Western Ontario, I.R. McWhinney, M.D., F.C.F.P., F.R.C.P., London

Université Western Ontario, Joan M. Gilchrist, professeur et doyen, London

Université Western Ontario, W.B. Chodirker, M.D., doyen adjoint, affaires cliniques, London

PARTICULIERS

Aitkens, Andrew, conseiller en recherche, Nepean

Aston, A., Kitchener

Baer, Rayond E., Kitchener

Bell, Kathlene, Windsor

Benson, Pamela, M.S.W., Kingston

Bergeron, Hope, Scarborough

Bergin, Betty, Ottawa

Bottrell, E.H., Kingston

Brooks, William J., P.Eng., Niagara Falls

Brown, D. Ruth, London

Brown G.M., London

Burrows, R., président, Burrows Medical Oxygen Ltd., Toronto

Charron, Raymond L., Windsor

Day, Jean, Sarnia

DeSylva, Richard, C.H., The Herb Works

Elek, Andrew, Toronto

Faith, Karen, M.Ed., Thornhill

Falkner, Susan, M.S.W., Kingston

Gorr, O.E., Pembroke

Greenaway, Florence, Guelph

Guinn, A., Hawkestone

House, Nadine, Guelph

Hunte, Ruby, Scarborough

Ladyhewsky, Richard, Toronto

Lougheed, H.A., Willowdale

McCulloch, Earl et Jo, Cobourg

McNiece, David E.,Lembeth

Midgette, Judith Anne, R.P.Dt., Toronto

Mitchell, I.H., Kleinburg

Muril, Wolf, Toronto

Niblett, Vicki, Oakville

Niblitt, Mark, Frankford

Oki, Gus, Toronto

Palef, Beverly, Toronto

Panimondo, Joe, Toronto

Parsons, Kenneth N., Kitchener

Paulitzki, Karen, Cambridge

Perris, Mary-Kay, Toronto

Phillips, Margaret J., Peterborough

Ritchie, Thomas, White Lake

Rolls, W.F., Bonfield

Ross, Mary Lou, Tavistock

Seckington, Harol, Leamington

Sharman, Roger C., Oakville

Stagg, Mark B., Parry Sound

Taylor, Ed et Ann, Cobourg

Tetu, G.E., Stratton

Walsh, Peter J., Etobicoke

Watson, Donald, Ottawa

Webster, Dan A., Wingham

Whitehead, Norma, Toronto

ORGANISMES

Allergy Information Association, M. Susan Daglish, directeur administratif, Weston

Alzheimer Association of Ontario, Eileen Bigley, directeur administratif, Toronto

Société canadienne de la sclérose amyotropique, Myra Rosenfeld, présidente, Toronto Area Chapter, Toronto

Association of Concerned Citizens for Preventive Medecine, Ron J. Dugas, président, Ottawa

Association of Ontario Health Centres, Mark McGuire, directeur administratif, Islington

Association of Treatment Centres of Ontario, Alice M.T. Johnson, présidente du conseil d'administration, Mississauga

Board of Directors of Drugless Therapy, Eric F. Shrubb, D.C., N.D., président, Scarborough

Conseil de l'éducation de la Ville de Toronto, Dr Edward N. McKeown, directeur de l'éducation, Toronto

Société canadienne de l'ouïe, Denios Morrice, directeur administratif, Toronto

Société canadienne de l'hémophilie, William Mindell, B.G.S., M.P.H., président du comité sur les problèmes médicaux, scientifiques et de la santé publique, chapitre de l' Ontario, Toronto

Canadian Pensioners Concerned, section de l'Ontario, Jean R, Woodsworth, président, Toronto

Société Canadienne de la Croix-Rouge, Janet Jones, présidente, Toronto

Canadian School of Management, Erwin Waschnig, M.B.A., Ph.D., directeur du programme d'administration des services de santé, Toronto

Association des grossistes en médicaments du Canada, Desmond Lartigue, président, Montréal

Fondation de recherches et d'information sur le Candiva, David Lidov, Toronto

Citizens for Public Justice, Gerald Vandezande, directeur des affaires publiques, Toronto

Service du logement de la Ville de Toronto, George C. Cook, commissaire, Toronto

Comité pour les handicapés physiques du comté d'Oxford, Muriel Norcross, secrétaire correspondancière, Woodstock

Association des consommateurs du Canada (Ont.), Celia Gibbs, présidente, comité de la santé, Thunder Bay

La Société du timbre de Pâques, F. Howard Keast, président, Don Mills

Fondation de l'Ontario des maladies du cœur, Anthony F. Graham, M.D., F.R.C.P.(C), président, Toronto

House for Frienship, Martin Buhr, directeur administratif, Diane B. Ritza, aide familiale communautaire, Kitchener

Association de London et Middlesex pour les enfants et les adultes ayant des difficultés d'apprentissage, Helen Polatajko, membre de la présidence, London

Société d'assurance vie London Life, Charles L. Kimball, vice-président, Assurance groupe, London

Metro Toronto Multicultural Mental Health Group, Révérend Robert P. Alexander, membre de la présidence, Toronto

Coalition santé multiculturelle, R. Masi, président, Downsview

Oakville South Provincial Liberal Association, W.Campos, président, Oakville

Office des affaires francophones, Rémy M. Beauregard, directeur administratif, Toronto

Conseil consultatif de l'Ontario aux personnes handicapées, Ronald W. McInnes, président, Toronto

Association ontarienne pour les enfants et les adultes ayant des difficultés d'apprentissage, Eva Nichols, Toronto

Association ontarienne des centres de santé mentale pour enfants, W.M. Rothery, président, Toronto

Association ontarienne des agences de services familiaux, Paddy Ann Pugsley, directrice administrative, Toronto

Ontario Association of Homes for the Aged, Robert A. Morton, président, Woodbridge

Ontario Association of Medical Laboratories, Roger D. West, LL.B., directeur administratif, London

Chambre de commerce de l'Ontario, J.A. Sanderson, président, J.G. Carnegie, directeur général, Toronto

Ontario Coalition for Nursing Home Reform, Verna Stefler, présidente, Weston

Les Amis des Schizophrènes de l'Ontario, June Conway Beeby, directrice administrative, Toronto

Ontario Health Coalition, Michele Harding, Toronto

Ontario Home Oxygen supllier's Association Inc., Kevin J. Nichols, président, Toronto

Ontario Nursing Home Association, Harvey M. Nightingale, président, Willowdale

Ontario Society for Autistic Citizens, Jane McLean, Reg,N., directrice administrative, Thornhill

Coalition de la santé d'Ottawa-Carleton, Pat Deline

Panova Institute for Health Promotion Inc., James Collishaw, Thornhill

Planned Parenthood Ontario, Ellen Barr, Ph.D. présidente, Hamilton

Provincial Council of Women of Ontario, Donalda Broadhurst, Toronto

Union internationale des employés des services, S.E. Roscoe, vice-président international, Toronto

Conseil de planification sociale de Toronto Métropolitain, Robert Doyle, Ph.D., directeur du programme pour personnes agées, Toronto

Conseil de planification sociale d'Ottawa-Carleton, Révérend Peter Schonenbach, président, Ottawa

Coalition de la santé de Thunder Bay te du District, Prue Morton, secrétaire, Thunder Bay

Toronto Mayor's Committee on Aging, Amy Thompson, membre de la présidence, sous-comité de la santé et du bien-être, Toronto

United Senior Citizens of Ontario, Jane Leitch, secrétaire correspondancière, Toronto

POINTS DE VUE pour les handicapés visuels, Vera Malec, directrice administrative par interim, Mississauga

VOICE Ontario, Mary Fox, directrice administrative, Toronto

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Association of Allied Health Professionnals : Ontario, Catherine E. Bowman, directrice administrative, Toronto

Association of Nurse Executives of Metropolitan Toronto, Marie Jefferson, présidente, Toronto

Association of Nursing Directors and Supervisors of Ontario Official Health Agencies, Christine Denn, présidente, Willowdale

Board of Directors of Chiropractic, E.R. Burge, D.C., vice-président, Toronto

Association canadienne de physiothérapie, Nancy Christie, directrice administrative, Toronto

Collège des médecins de famille du Canada, Nick Busing, M.D., F.C.F.P., président, chapitre de l'Ontario, Ottawa

Collège des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Margaret Risk, Reg.N., directrice administrative, Toronto

College of Optometrists of Ontario, Irving Baker, O.D., régistrateur, Toronto

Council of Ontario Nurses Executives, Mary E. MacInnis, vice-présidente, London

Essex County Medical Society, Thomas F. Draisey, M.B., Ch.B., F.R.C.P.(C), président, Windsor

Institute of Chartered Accountants of Ontario, Peter E. Held, FCA, président, Toronto

London Regional Psychological Association, Willian Newby, Ph.D., C.Psych., président, London

Medical Reform Group of Ontario, Michael M. Rachlis, M.D., Toronto

Ontario Association of Chiropodists, Peter G. Guy, B.Sc., D.Ch., président, London

Ontario Association of Optometrists, Marvin Nash, O.D., président, Toronto

Association des travailleurs sociaux de l'Ontario, Sharon McKay, M.S.W., C.S.W., présidente, Toronto

Association ontarienne des infirmières auxiliaires diplômés, Verna Steffler, R.N.A., directrice administrative, Weston

Ontario Chief Psychologists Association, Margaret T. Hearn, Ph.D., C.Psych., présidente, London

Ontario Dental Association, John C Gillies, B.A., C.A.E., directeur administratif, Toronto

Ontario Dental Hygienists' Association, Laura Dempster, présidente, Hamilton

Association des diététistes de l'Ontario, Eleanor Brownridge, R.P.Dr. , présiente, Toronto

Association des hôpitaux de l'Ontario, Gordon R. Cunningham, président, Don Mills

Ontario Medical Association, J.B. Cullen, M.D., F.R.C.P.(C), président du groupe de médecine de laboratoire, Toronto

Ontario Naturopathic Association, Patricia J. Wales, D.C., N.D., présidente, Etobicoke

Association des infirmières et infirmiers diplômés de l'Ontario, Donna Alexander, R.N., présidente, Toronto

Ontario Occupational Health Nurses Association, B. Harris, Reg.N., CCOHN, présidente, Hamilton

Ontario Pharmacists' Association, R.B. Franceschini, directeur administratif, Toronto

Ontario Physiotherapy Association, Karen Fryday-Field, présidente, Toronto

Association de psychologie de l'Ontario, D.R. Evans, Ph,D., C,Psych., président, Toronto

Association de la santé publique de l'Ontario D^{r} Trevor Hancock, président, Toronto

Ontario Society of Medical Technologists, Patricia Blake, présidente, Toronto

Societé ontarienne des nutritionistes en santé publique, Sandy Marsden, R.P.Dt., M.H.Sc., membre de la présidence, Toronto

Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario, Barbara Fletcher, R.N., B.Sc.N., membre de la présidence, Région de Kingston, Kingston

Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario, Pat Kirby, Ref.N., présidente, Toronto

ANNEXE III

LISTE DES FONCTIONNAIRES GOUVERNEMENTAUX ET AUTRES PARTICULIERS INVITÉS À FAIRE DES SUGGESTIONS AU GROUPE

ANNEXE III

LISTE DES FONCTIONNAIRES GOUVERNEMENTAUX ET AUTRES PARTICULIERS INVITÉS À FAIRE DES SUGGESTIONS AU GROUPE

FONCTIONNAIRES GOUVERNEMENTAUX

Ministère des Collèges et Universités

- Allan Adlington
  Sous-ministre

- Ralph Beson
  Sous-ministre adjoint

- Elaine Hykawy
  Coordonnatrice des sciences de la santé
  Division des relations universitaires et du soutien à la recherche

Ministère des services sociaux et communautaires

- Peter Barnes
  Sous-ministre

- Gerry Duda
  Sous-ministre adjoint
  Division des services communautaires

Ministère de la Santé

- l'Honorable Murray Elston
  Ministre

- Dr Alan Dyer
  Sous-ministre

- Mary Catherine Lindberg
  Sous-ministre adjointe
  Division des politiques, de la planification et des systèmes

- David Corder
  Sous-ministre adjoint
  Division de la santé mentale
  Sous-ministre adjoint (intérimaire)
  Santé communautaire

* Randy Reid
  Sous-ministre adjoint
  Division des soins en établissement

* Ron LeNeveu
  Sous-ministre adjoint
  Division de l'administration, des finances et de l'assurance-maladie

* Dr Dennis Psutka
  Sous-ministre adjoint
  Services de santé d'urgence et programmes spéciaux

Ministère du Travail

* Glenn Thompson
  Sous-ministre

* Len Haywood
  Économiste en chef
  Division des relations industrielles

* Arthur Gladstone
  Directeur administratif (intérimaire)

  Divison de la santé et sécurité au travail

* Peter Sadlier-Brown
  Sous-ministre adjoint
  Programmes et politiques relatifs au travail

* Victor Pathe
  Sous-ministre adjoint
  Division des relations industrielles

Ministère de l'environnement

* Rod McLeod
  Sous-ministre

* Walter Giles
  Sous-ministre adjoint
  Division des relations intergouvernementales et des projets stratégiques

* Dr David Balsillie
  Sous-ministre adjoint
  Division des services environnementaux

* Dennis Caplice
  Sous-ministre adjoint
  Division des opérations

Ministère du Tourisme et des Loisirs

* Ruth Cornish
  Directrice
  Direction de la planification stratégique

Ministère du Trésor et de l'Économie

* Brock Smith
  Sous-ministre

* Mark McElwain
  Directeur
  Structure fiscale et priorités de dépenses

* Stephen Martin
  Économiste

Office des personnes agées

* Glen Heagle
  Conseiller spécial

* Myra Wiener
  Conseiller politique

* Sharon Hawkins
  Analyste politique

Office des personnes handicapées

* Jill Hutcheon
  Coodonnateur provincial

* Clem Sauve
  Premier conseiller

Conseil consultatif de l'Ontario sur les handicapés physiques

* Mary Tate
  Coordonnateur administratif

Conseil consultatif des relations civiques et multiculturelles de l'Ontario

* Dr Shiu Loon Kong
  Président

* Henry McErlean
  Coordonnateur administratif

Commission ontarienne des droits de la personne

* Elizabeth Loweth
  Conseillère en relations raciales

AUTRES PARTICULIERS

* W.Alan Backley
  Ancien sous-ministre de la santé de l'Ontario (1976-1979)

* Tom Campbell
  Ancien sous-ministre de la santé de l'Ontario (1979-1981)

* Graham W. Scott
  Ancien sous-ministre de la santé de l'Ontario (1981-1985)

* Dr Brian Holmes
  Ancien président
  Conseil ontarien de la santé

* Dr Fraser Mustard
  Président
  Institut canadien de recherche avancé

* Dr Jean Rochon
  Président
  Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec

ANNEXES IV

BIBLIOGRAPHIE DES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE PRINCIPAUX

ANNEXES IV

BIBLIOGRAPHIE DES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE PRINCIPAUX

ÉTUDES DEMANDÉES PAR LE GROUPE D'ÉTUDE SUR LES SYSTÈME DE SANTÉ DE L'ONTARIO

Chambers, Larry W. Health Profiles of the Citizens of Ontario : Health Objectives, Performance Indicators and Surveillance Techniques. Article non publié. Hamilton (Ontario) : Université MacMaster, février 1987

Feeny, David. Health Technology in Ontario. Article non publié, Hamilton (Ontario) : Université MacMaster, février 1987

Lomas, Jonathan. Health Manpower in Ontario : Distribution, Planning, and Policies. Article non publié. Hamilton (Ontario) : Université McMaster, février 1987

AUTRES RÉFÉRENCES SÉLECTIONNÉES

Barer, M., R. Evans, C. Hertzman et J. Lomas. Toward Effcient Aging : Rhetoric and Evidence. Winnipeg : Third Canadian Conference on Health Economics, 1986

Begin, C. et L. Demers. Quebec's Multi-Institutional Health Arrangements. Health Management Forum 7:4 (Hiver 1986)

Bell, R.J. Ontario DHC's, 13 Years Later. Health Management Forum. 7:4 (Hiver 1986)

Black, Sir Douglas (Chair). Inequalities in Health : Report of A Research Working Group. London : Department of Health and Social Security, 1980

Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities, Policy Issue #5 : A standardized Service Agreement Upon Admission. Article non publié. Toronto : Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities, février 1985

Demers, D. A-t-on besoin des CLSC? L'actualité (janvier 1987).

Doyle, R. et L.A. Visano. A Summary of Actions : Access to Health and Social Services for Members of Diverse Cultural and Racial Groups in Metropolitan Toronto. (Report 3) Toronto : Social Planning Council of Metropolitan Toronto, février 1987

Easterbrook, G. The Revolution in Medecine. Newsweek, 26 janvier 1987

Elston, M. Remarks by the Honourable Murray Elston, Minister of Health, to the Conference on Health Goals for Ontario, Guild Inn, Scarborough (Ontario), 22 avril 1987

Feeny, D., G. Guyatt et P. Tugwell. Health Care Technology : Effectiveness, Efficiency & Public Policy. Montréal : L'Institut de recherches politiques , 1986

Hastings, John (Président) Le centre de soins communautaires au Canada, Volume 1 - Rapport de l'étude sur les soins communautaires présenté à la Conférence des ministres de la santé : Santé et Bien-être Canada, 1973

Santé et Bien-être Canada. Le Rapport action- Santé : nos conceptions et nos actions. Ottawa : Santé et Bien-être Canada, 1987

Santé et Bien-être Canada. Les dépenses nationales de santé au Canada. 1975-1985. Ottawa Santé et Bien-être Canada.1986

Santé et Bien-être Canada. Privatisation du système canadien de santé : Assertions, faits, idéologie et options. Préparé par G.L. Stoddart et R.J. Labelle. Ottawa Santé et Bien-être Canada, 1985

Iglehart, J.K. Canada's Health Care System. New England Journal of Medecine 315:3 (17 juillet 1986).

Jackson, R. Les soins de la santé préventive : les questions en jeu - Ottawa. Conseil des sciences du Canada 1986

Lister, J. Shattuck Lecture - The Politics of Medecine in Britain and the United States. New England Journal of Medecine 315:3 (17 juillet 1986)

Luft, J.S. 1981. The operations and Performance of Health Maintenance Organizations : A Synthese of FindingsFrom Health Services Research. San Francisco : Institute for Health Policy Studies, School of Medecine, University of California, octobre 1981.

Manning, W.G., A. Leibowitz, G.A. Golberg, W.M. Rogers et J.P. Newhouse. A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Pratice on Use of Services. New England Journal of Medecine 310:23 (7 juin 1984)

Mustard, J.F. (Chair). The Report of the Health Planning Task Force. Toronto : ministère de la Santé de l'Ontario, 1974

Mustard, J.F. (Chair). Final Report of the Task Force to Review Primary Health Care. Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario, 1982.

Office of Health Economics. Understanding the NHS in the 1980's. London, U.K., 1984

Ontario. Ministre délégué aux Affaires des personnes âgées. A New Agenda : Health and Social Services Strategies for the Elderly. Tornto : Affaires des personnes agées, 1986

Ministère de la Santé de l'Ontario. Estimates Briefing Report 1986/87. Toronto : ministère de la Santé de l'Ontario, 1986

Ministère de la Santé de l'Ontario. Health Care : the 80's and Beyond. Toronto : ministère de la Santé de l'Ontario, 1986

Ministère de la Santé de l'Ontario. Healthy Directions : A Framework for Action. Toronto : ministère de la Santé de l'Ontario, Office de la promotion de la santé et direction de la santé publique, 25 mars 1986.

Ministère de la Santé de l'Ontario. Statistical Report on Community Health. Toronto : ministère de la Santé de l'Ontario, 1984

Ministère du Trésor et de l'Économie de l'Ontario. Bulletin démographique. Toronto : ministère du Trésor et de l'Économie de l'Ontario, Août 1985.

Ministère du Trésor et de l'Économie de l'Ontario. Comptes publics - 1985-1986. Volume I - États financiers. Toronto : ministère du Trésor et de l'Économie de l'Ontario, août 1986.

Conseil ontarien de la santé. Planning for Health : A guide to Creating Strategies for Ontario's Health Care System. Toronto : Conseil ontarien de la santé, avril 1983

Conseil ontarien de la santé. The Planning Function fo District Health Councils. Toronto : Conseil ontarien de la santé, 1977.

Organisation de coopération et de développement économique. Évaluations des soins de santé. Paris, France : OCDE 1985

Pickering, E.A. (Directeur de projet). Report on the
Special Study Regarding the Medical Profession in Ontario. Toronto : Association des médecins de l'Ontario, avril 1973.

Québec. Comité d'étude sur la promotion de la santé. Objective, a Health Concept In Quebec : A Report of the Task Force on Health Promotion. Ottawa : Association canadienne des hôpitaux, 1986. (Traduction de : Objectif Santé)

Raiken, S. A Planning System for All Seasons. Child Welfare 64:6 (novembre-décembre 1985).

Schkilnyk, A. A Poison Stronger than Love : The destruction of an Ojibway Community. New Haven : Yale University Press, 1985

Scitovsky A. The high Cost of Dying : What Do the Data Show? Millbank Memorial Fund Quarterly 62:4 (automne 1984)

Siu A. et al. Inappropriate Use of Hospitals in A Randomized Trial of Health Insurance Plans. New England Journal of Medecine 315:20 (13 novembre 1986).

Smith, Richard. Whatever Happened to the Black Report? British Medical Journal 293:6539 (12 juillet 1986)

Stuart, N. Can Governments Contain health Care Expenditures? Health Management Forum 7:4 (automne 1986)

Stuart, N. et H. Sherrard. Managing Hospitals from a Program Perspective. Health Mangement Forum 8:1 (printemps 1987).

U.S. Department of Health and Social Services. The 1990 Health Objectives for the Nation : A Mid-Course Review. Washington D.C. : Public Health Service. Department of Health and Human Services, 1986

U.S. Department of Health, Education and Welfare. Healthy people : The Surgeon General's Report on Health Promotion and disease Prevention, Washington, D.C. : Public Health Services, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General, 1979. (DHEW, PHS Publication N° 79-55071).

Whitehead, M. The Health Divide : Inequalities in Health in the 1980's. Lonson : The Health Education Council, mars 1987.

Woodward, C. et al. When is a Patient's Use of Primary Care Services Unwarranted? Some Answers From Physicians. Canadian Medical Association Journal 129:8 (octobre 1983).

Organisation Mondiale de la Santé. Les buts de la santé pour tous. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé, 1985

Organisation Mondiale de la Santé. Health Promotion - A Discussion Document On the Concept and Principles. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé, 1984

Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Rapport de la conférence internationale sur la promotion de la santé Ottawa : novembre 1986.